



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



IV CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO DA SAÚDE

Trabalho de Projecto elaborado com vista à obtenção de grau de Mestre em Gestão da Saúde

O IMPACTO DOS FACTORES HUMANOS NA SEGURANÇA EM CUIDADOS DE SAÚDE
- CONTRIBUIÇÃO PARA UMA REVISÃO DA LITERATURA -

Orientadora: Prof. Doutora Paula Lobato de Faria

TANYA AZEREDO MENDES

Lisboa, Julho de 2010



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



IV CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO DA SAÚDE

Trabalho de Projecto elaborado com vista à obtenção de grau de Mestre em Gestão da Saúde

O IMPACTO DOS FACTORES HUMANOS NA SEGURANÇA EM CUIDADOS DE SAÚDE
- CONTRIBUIÇÃO PARA UMA REVISÃO DA LITERATURA -

Orientadora: Prof. Doutora Paula Lobato de Faria

TANYA AZEREDO MENDES

Lisboa, Julho de 2010

Porque não seria possível percorrer este caminho sozinha

quero agradecer...

À Professora Doutora Paula Lobato de Faria, pelo exemplo, incentivo e motivação dado ao longo de todo o Curso de Mestrado em Gestão da Saúde. Pela orientação, disponibilidade, encaminhamento e amizade ao longo da elaboração deste projecto.

À Professora Doutora Carla Nunes, pela ajuda e disponibilidade.

À Dra. Isabel Andrade, por toda ajuda e inteira disponibilidade.

À minha Família, irmão e avós, pela força e apoio, carinho e amor desde o primeiro dia.

Aos meus colegas e restantes profissionais do HPP - Hospital de Cascais, por todo o apoio e ajuda na realização deste projecto.

Aos meus amigos, à Bea, Raquel, Joana, Lili, Sónia, pela amizade, apoio e constante motivação. Por darem sentido à minha vida, por estarem sempre presentes nos tempos difíceis e por nunca me deixarem desistir.

À Rita, mais que uma colega, uma companheira, uma amiga... Pelo companheirismo nas longas horas de trabalho; pela força e motivação, quando mais nada parecia resultar; pelo incentivo e apoio, quando apeteceu desistir. Na tese, na minha vida... sem ti, nunca teria conseguido.

À MEMÓRIA DA MINHA MÃE.

RESUMO

A segurança dos doentes é, actualmente, um princípio fundamental dos cuidados de saúde. Apesar desta realidade, cada ponto no processo de prestação de cuidados contém um certo grau de insegurança inerente. Os eventos adversos podem resultar de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. A melhoria da segurança do doente implica um esforço de todo um sistema complexo, envolvendo uma ampla gama de acções de melhoria do desempenho, segurança e gestão ambiental de risco, incluindo, entre outras prioridades, a prática de cuidados de saúde em ambiente seguro e com a melhor qualidade.

É sabido que todos os anos morrem nos hospitais portugueses, cerca de três mil pessoas, devido a erros cometidos pelos profissionais de saúde. Compreender o erro humano e intervir de forma adequada nas suas causas, implica, muito mais que uma avaliação do facto em si, mas uma avaliação de toda a estrutura onde é passível de ocorrer um erro. São inúmeros os factores que estão relacionados com esta temática, sendo os factores humanos, aqueles que poderão merecer alguma reflexão, pois são ainda algo omitidos nas orientações de gestão e nas considerações de chefias.

Assim sendo, pretende-se que, com este projecto de investigação, através de uma revisão da literatura, sejam identificados os vários factores humanos que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde, envolvidos na prestação directa de cuidados. Estes factores reflectem-se na segurança dos cuidados de saúde e na melhoria da qualidade prestados nas instituições de saúde. Face aos resultados conclusivos após a revisão de literatura, é verificado que os factores humanos que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde são: comunicação e partilha de informação; conhecimento e formação; liderança; trabalho em equipa; cultura de segurança e aprendizagem; carga de trabalho; exigências físicas e ambiente de trabalho.

É esperado que o contributo deste trabalho promova o conhecimento em torno desta temática e que se apresente como o início de uma aposta na valorização, cada vez mais importante, mas ainda limitada, destes valores intangíveis da gestão – os factores humanos.

PALAVRAS-CHAVE: Factores humanos; Prestação de Cuidados de Saúde; Segurança; Qualidade; Desempenho.

ABSTRACT

Patient safety is, nowadays, a fundamental principle of health care. Despite this fact, each point in the process of care contains an inherent degree of uncertainty. Adverse events may result from problems in practice, products, processes or systems. Improving patient safety requires an effort of a whole complex system, involving a wide range of measures to improve performance, safety and environmental risk management, including, among other priorities, the practice of health care in a safe environment and the best quality.

It is known that every year die, in Portuguese hospitals, around three thousand people, due to mistakes made by health professionals. To understand human error and intervene as appropriate in their causes, it is required much more than an assessment of the fact itself, but an assessment of the whole structure where it is likely to occur. There are countless factors that are related to this issue, but human factors, those who may deserve some consideration, are still left out in management guidelines and supervisors considerations.

Therefore, this research project seeks to determine, through a literature review, the identification of various human factors that influence the performance of healthcare providers involved in direct provision of care. The aim is also to know which factors are reflected in safety healthcare and how they are, in fact, crucial in the performance of professionals and in the promotion of quality and safety of the healthcare provided in healthcare institutions. Given the conclusive results after a review of literature, it is found that the human factors that influence the performance of health professionals are: communicating and sharing information, knowledge and training, leadership, teamwork, safety culture and learning; workload, physical demands and work environment.

It is expected that this project may contribute to advance of the knowledge regarding this problem and be an essential tool to the beginning of a reliance on the development, increasingly important but still limited, of these intangibles management values – the human factors.

KEY WORDS: Human factors; Provision of Health Care; Security; Quality, Performance.

ÍNDICE

	PÁG.
I. INTRODUÇÃO	1
1. Nota Preliminar	1
2. Trabalho de Projecto	1
3. Motivação do Estudo	2
4. Pertinência do Tema do Trabalho de Projecto	4
5. Limitações do Estudo	5
6. Metodologia	5
II. ESTADO DE ARTE	7
1. Nota Preliminar	7
2. Gestão Em Saúde	7
3. Intangíveis da Gestão	8
4. Prática Médica Actual	10
5. Factores humanos nos elementos prestadores de cuidados de saúde	16
6. A relação entre os Factores Humanos e a Ocorrência de Erro	21
6.1. Desenvolvimento de uma cultura de segurança	27
6.1.1. Construindo uma cultura de segurança: principais elementos	28
6.2. Incorporação de formação organizacional em factores humanos na área da saúde	29
III. METODOLOGIA	30
1. As fases do processo de Investigação, segundo Fortin (1999)	30
1.1. O Método – Revisão da Literatura	31
2. Formação da ‘Amostra’	34
IV. REVISÃO DA LITERATURA	38
1. Análise da amostra	38
1.1. <i>The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability.</i> (14 th October, 2008)	38
1.2. <i>Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents – What can be done?</i> (2003)	40

1.3. <i>Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre</i> (2006)	43
1.4. <i>Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: A literature review</i> (January 2010)	45
1.5. <i>Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?</i> (2007)	50
1.6. <i>Quality in Healthcare and the Quest for Improvement.</i> (2008)	52
1.7. <i>A reforma do pensamento em saúde.</i> (2009)	54
1.8. <i>Patient safety – A necessidade de uma estratégia Nacional.</i> (2006)	55
1.9. <i>Um estudo de caso sobre as organizações que aprendem.</i> (2007)	56
1.10. <i>Centro de saúde – organização de aprendizagem.</i> (2006)	57
1.11. <i>Organizational safety climate differently affects on patient safety behaviour of nurses according to the hospital scale in Japanese private hospitals.</i> (2008)	58
1.12. <i>Communication and teamwork in Patient Care: How much can we learn from aviation?</i> (2006)	60
1.13. <i>Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting.</i> (2008)	61
1.14. <i>A dialogue on the future of Nursing Practice.</i> (2007)	61
1.15. <i>Why is patient safety so hard? A selective review of ethnographic studies.</i> (2010)	62
1.16. <i>Affect is central to patient safety: the horror stories of young anaesthetists.</i> (2009)	63
1.17. <i>Constructing and re-constructing narratives of patient safety.</i> (2009)	64
1.18. <i>Patient Safety and Collaboration of the Intensive care unit team.</i> (2008)	65
1.19. <i>Family – Centered Care.</i> (2010)	66
1.20. <i>Organizational sources of safety and danger: sociological contributions to the study of adverse events.</i> (2000)	67
1.21. <i>Communication to facilitate Care of the Obstetric Surgical Patient in a Postanesthesia Care Setting.</i> (2005)	68
1.22. <i>Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools.</i> (2009)	69
2. <i>Apresentação dos Resultados</i>	70
2.1. <i>Factores humanos que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde - Tabela Conclusiva 1</i>	71

2.2. Frequência absoluta e relativa correspondente a cada factor humano - Tabela Conclusiva 2	73
2.3. Análise desenvolvida dos resultados das tabelas conclusivas	74
V. CONCLUSÕES	77
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

ÍNDICE DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão do estudo.	35
Tabela 2. Variáveis e indicadores do estudo.	36

ÍNDICE DE TABELAS CONCLUSIVAS

	PÁG.
Tabela Conclusiva 1. Factores humanos que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde.	71
Tabela Conclusiva 2. Frequência absoluta e relativa correspondente a cada factor humano.	73

ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1. Modelo do queijo suíço de Reason (1990).	25
Figura 2. Modelo de desempenho no Bloco Operatório.	48

ÍNDICE DE ANEXOS

	PÁG.
Anexo 1. Ficha de Caracterização da Unidade Curricular - Trabalho de Projecto.	85

GLOSSÁRIO

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL – Capacidade de identificar os nossos próprios sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerir bem as emoções dentro de nós e nos nossos relacionamentos (Goleman et al. 2002).

LIDERANÇA COM RESSONÂNCIA – Dom natural dos líderes emocionalmente inteligentes, fazendo com que a emoção e energia entusiástica desses líderes ecoe no grupo. Este é um ponto forte na gestão das relações humanas, pois numa liderança com ressonância, as pessoas são estimuladas com uma visão irresistível e com uma missão compartilhada. A consciência social e a empatia, capacidade de ouvir e compreender os subordinados, devem estar na base primordial dos líderes (Lino, T. 2006).

QUALIDADE EM SAÚDE – Qualidade na saúde: é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integralmente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única de aceitabilidade (PORTUGAL. MS, 1998 cit. por Barros, 1998).

Qualidade em saúde é o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente (USA. IOM, 1990 cit. por Barros, 1998).

EFICIÊNCIA – A relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada actividade. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado (Pereira, J. 2004).

SEGURANÇA EM SAÚDE - A liberdade de lesão accidental devido aos cuidados médicos ou de erro médico. (USA. IOM, 2000 cit. por UK. NPSA, 2003)

Processo pelo qual uma organização faz o atendimento mais seguro ao doente. Este deve incluir: a avaliação de riscos; a identificação e gestão de riscos relacionados com o seu estado de saúde e processo de cuidados; a elaboração de relatórios e análise dos incidentes e a capacidade de aprender e acompanhar os incidentes e implementar soluções para minimizar o risco de os recorrerem (UK. NPSA, 2003).

There is nothing like a dream to create the future.

Utopia today, flesh and blood tomorrow.

(Victor Hugo)

In LAVIN et al - A dialogue on the future of Nursing Practice (2007) p. 81.

I – INTRODUÇÃO

1. NOTA PRELIMINAR

Actualmente, é reconhecido que o comportamento motivacional e os factores humanos detêm de um efeito muito importante na ocorrência de erros e prevenção de acidentes. São várias as áreas que se dedicam ao estudo desta temática, sendo a área da saúde uma das que mais valor tem reconhecido nesta investigação. A área da saúde, pela sua especificidade, quer nos elementos que a constitui, quer pelo produto final que a caracteriza, apresenta, cada vez mais, um papel primordial na promoção da segurança do doente e dos próprios profissionais, sendo os factores humanos considerados elementos importantíssimos e decisivos no desempenho dos profissionais e, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

Neste sentido, e enquadrando as actividades profissionais na área da prestação directa de cuidados de saúde, onde a segurança do doente é, cada vez mais, a exigência primal das administrações, tornou-se importante investigar o impacto dos factores humanos na segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados. A promoção de comportamentos seguros no trabalho é uma componente decisiva na gestão dos cuidados de saúde e na segurança do doente. E para tal, é necessário considerar os factores humanos que condicionam qualquer actividade e desempenho. Factores esses que se referem ao ambiente de trabalho, às características organizacionais e às características individuais e colectivas dos profissionais, que em conjunto, influenciam o comportamento no trabalho e o desempenho final.

2. TRABALHO DE PROJECTO

A realização deste trabalho enquadra-se no âmbito da unidade curricular *Trabalho de Projecto*, disciplina de segundo ano do IV Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, constituindo-se como finalidade a realização de um trabalho de projecto, original e especificamente desenvolvido com a finalidade de obtenção de grau académico, incidindo sobre diversos temas da Gestão da Saúde, abordados ou investigados em alguma fase do curso. Este trabalho, de acordo com as orientações enunciadas na Ficha de Caracterização da Unidade Curricular (**Anexo 1.**) acima mencionada, deverá incluir o aprofundamento de conhecimentos em áreas temáticas

pertinentes ao estudo, envolvendo sempre uma análise crítica, baseada em reflexões proporcionadas pelo mais completo e actualizado estado de arte da área temática em que se insere. É pretendido que o trabalho proporcione, para além da aquisição de conhecimentos, a capacidade de os integrar em realidades concretas que propiciem a vontade de investigar e, portanto, de melhor conhecer um problema concreto. São assim, e tendo como referência as orientações da Escola Nacional de Saúde Pública, objectivos específicos do trabalho de projecto:

- a) Desenvolver conhecimentos que permitam a promoção da capacidade de compreensão na área em estudo;
- b) Fomentar a capacidade de lidar com situações de um razoável nível de complexidade e que justifiquem abordagens de natureza transdisciplinar e possibilitar a reflexão sobre a “integração” das diversas perspectivas disciplinares;
- c) Ser capaz de partilhar, de uma forma adequada, com outros (especialistas ou não especialistas) as conclusões do processo de aquisição de conhecimentos e até, eventualmente, de competências adquiridas;
- d) Adquirir aptidões que habilitem, ao longo da vida, a contribuição para a melhoria da saúde e do sistema de saúde.

Desta forma, e face aos objectivos estabelecidos para a concretização do trabalho de projecto, bem como a predisposição individual de cada discente para a investigação de cada tema ou assunto, identifica-se a motivação e a escolha da temática em estudo.

3. MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

A motivação encontrada para a escolha deste tema, deve-se, essencialmente, a três aspectos, que serão enumerados de seguida:

- 1) A carreira profissional de enfermagem. Comum a todos os profissionais de saúde na área de enfermagem, que desde os primeiros dias de aulas na faculdade até aos primeiros dias de estágios e, por fim, até à prática da actividade profissional, estes são inseridos e integrados em equipas multidisciplinares, sob um poder organizativo, que os orienta e os incumbe no sentido da melhor prestação de cuidados para o objectivo *major*: o utente. Neste sentido, e sem se avaliar poderes de chefia ou acções administrativas, é reconhecido que poderão e deverão ser ‘descobertas’ novas formas de conhecer a realidade emocional, comportamental e desempenho das equipas, de modo a alcançar o melhor resultado qualitativo de cuidados.

2) “*Emoção, Coaching e Liderança na Gestão em Saúde*”. Unidade curricular leccionada no terceiro trimestre do primeiro ano do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, que poderá ser uma ferramenta importante na construção plena de qualquer pessoa como futuro gestor ou líder. A consciencialização para o tema da inteligência emocional é, até ao momento, ainda uma realidade conhecida mas distante, pelos cargos de chefia e administração das actuais organizações de saúde. É reconhecida a divulgação crescente desta temática, mas é crucial a investigação e o desenvolvimento de novos conhecimentos em torno de questões que fomentem esta disciplina. Como construir ou contribuir para a construção de uma organização emocionalmente inteligente e de que forma é que a inteligência emocional é importante não só para o trabalho individual, mas crucial para o sucesso das organizações. Qualquer que seja a fonte bibliográfica que retrate temas que envolvam trabalho em equipa, trabalho em organizações, sucesso organizacional, associam a liderança, a inteligência emocional, e os diversos factores que estão associados (como a comunicação, motivação e espírito de equipa) como factores preponderantes no sucesso.

3) A crise económica mundial que, actualmente, se verifica. São acentuadas, as transformações que o mundo contemporâneo tem vindo a atravessar, seja do ponto de vista político ou económico. Um pouco por todo o lado, são delineadas estratégias e soluções, de forma a iniciar-se uma nova resposta negocial, exigindo uma postura global de mudança contínua, acompanhada de inovação e ideias empreendedoras. Em tempos de crise, mais do que nunca, é necessário criar o compromisso e a dinâmica necessários para atingir resultados. Todos os olhares se viram para o líder à procura de orientação emocional. As exigências da liderança actual, incutem nos líderes competência emocional, apontando para um campo de gestão mais humana e empreendedora, onde a capacidade de uma equipa gerar resultados é sempre superior ao somatório das capacidades de cada elemento que a integra. Isto é verdade se for possível transformar grupos de pessoas em verdadeiras equipas. É urgente um processo de identificação corporativa e de vinculação emocional a um projecto, onde é requerido um conjunto de competências de comunicação, relacionamento interpessoal, resolução de problemas e de negociação que são desenvolvidas através da interacção inter e intra grupos, a partir da vontade e do comprometimento de cada um. Compreender os factores que comprometem ou, por outro lado, promovem, o desempenho de uma equipa, representa uma acção necessária e mandatária numa gestão eficaz e de excelência.

4. PERTINÊNCIA DO TEMA DO TRABALHO DE PROJECTO

Uma outra razão de desenvolvimento desta investigação, tem a ver com a oportunidade e novidade em torno deste tema. Começa a ser conhecida a importância dos factores humanos no desempenho dos profissionais, mas a verdade é que em Portugal, existe ainda uma grande lacuna de informação e investigação acerca do assunto. As principais fontes de pesquisa existentes são internacionais (europeias, americanas e australianas), sendo as inglesas aquelas onde se encontram maiores respostas, nomeadamente através da HSE (*Health and Safety Executive*), que sendo um órgão responsável pela implementação, regulação e aplicação de bem-estar, saúde e segurança no local de trabalho no Reino Unido, tem sido um importante impulso na investigação do impacto dos factores humanos na segurança e desempenho profissional. O enquadramento na área da saúde deve-se ao facto de ser um ambiente profissional de pertinente atenção e de comparação com toda a realidade encontrada na literatura quando se trata de *patient safety*, atitudes, comportamentos e culturas nas organizações de saúde. A realidade é reconhecida por todos aqueles que fazem parte das organizações de saúde e que, de uma forma geral, sejam elas públicas ou privadas, são confrontados com os mesmos desafios: constantes exigências e resultados, com cada vez maiores limitações e condicionantes (UK. HSE, 1999).

A escolha do tema, para além do que foi referido anteriormente, acenta também na realidade actual das exigências do mercado, das dificuldades no mundo do trabalho e a crise económica que se apresenta, em que é importante focalizar alguma atenção na *workforce*, bem como na componente emocional e comportamental das organizações. Ao explorar os elementos intangíveis da Gestão, considerando estes igualmente importantes e determinantes para o sucesso de uma organização, nomeadamente em organizações de saúde, cujo alvo directo é um bem maior: a vida de outras pessoas, pretende-se conhecer as organizações de saúde como um todo, que numa associação de factores de boa liderança, são o caminho para promoção da motivação e desempenho dos profissionais.

Numa época em que a expressão contenção de custos é o mote do dia-a-dia, considera-se importante a identificação de estratégias que fomentem liderança com ressonância, motivação dos profissionais e qualidade dos cuidados prestados a baixos custos, mas com grandes ganhos em saúde e bem-estar. Actualmente, as condições de trabalho da *workforce* em saúde, permitem uma sobrevivência e não uma vivência plena da vida, com a qualidade de vida que é desejada. As horas de trabalho são aumentadas, os despedimentos sucedem-se, as horas extraordinárias de trabalho não são remuneradas, o cansaço físico, a

fadiga emocional dificultam tudo o que há de saudável e favorável ao desempenho profissional de cada pessoa. Revolta, indignação, desmotivação e desinteresse são, frequentemente, as causas emergentes deste fenómeno. Factores preocupantes e reais, que obrigam à protecção da segurança dos doentes e a uma actuação imediata no cerne dos factores humanos que reformule e optimize o desempenho dos profissionais.

Face à realidade com que, maioritariamente, os profissionais de saúde se confrontam diariamente, face às exigências profissionais e organizacionais que actualmente assumem as posições cimeiras nos planos de gestão das organizações, o impacto de todas estas medidas e estratégias assumem um peso cada vez mais decisivo junto da *workforce*. Objectivamente, interessa saber, com tantas restrições e condicionantes, de que forma é que os profissionais encaram esta nova realidade e de que forma a sua actuação será mais ou menos influenciada por estas mudanças. Interessa também conhecer qual o impacto dos factores humanos na ocorrência de erro e se o conceito de *cultura de segurança* cresce e é fomentada numa organização cujo objectivo *major* é a segurança do doente.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações do estudo está relacionada com o relativo pioneirismo do tema. Sendo recente além fronteiras, é ainda mais inovador em Portugal, o que constitui uma condicionante ao estudo, reflectindo-se nas fontes bibliográficas estudadas. Apesar de retratarem a realidade do universo da saúde, é sabido que cada nacionalidade detém da sua própria realidade e do seu próprio desenho de actuação e prestação de cuidados. Ainda assim, foi conseguida uma análise de aspectos comuns aos profissionais de saúde, nomeadamente entre países europeus. O tema por si só, está rodeado de alguma subjectividade, que é explicada pela própria individualidade de cada um e especificidade de cada profissional de saúde.

6. METODOLOGIA

Em relação à metodologia, a realização de uma revisão da literatura apresentou-se como a escolha apropriada, surgindo como referencial teórico e básico que sustenta esta pesquisa e, uma futura, investigação. Com a aplicação de estratégias científicas de investigação, análise crítica e síntese de estudos científicos relevantes sobre a problemática, constitui-se uma forma de conhecer o tema e também de investigar o que já foi desenvolvido

por outros investigadores. A novidade deste tema conjugado com o crescente interesse em investigar esta temática, conduziu a uma necessidade de investigação de forma a conhecer o que já foi investigado e publicado acerca deste problema e o que poderá e deverá ainda ser feito. A revisão da literatura surge, assim, como uma ferramenta fundamental de trabalho, uma vez que a pesquisa documental é uma etapa essencial à exploração, futura, do domínio de investigação.

Assim, através do processo de procura, selecção, organização e síntese de artigos, documentos e estudos de abordagem qualitativa acerca do assunto em investigação, é proporcionado conhecimento científico e uma contribuição para a clarificação, compreensão e relação dos pressupostos conceptuais a ele inerentes.

Em suma, uma contribuição que dará a conhecer quais os factores humanos mais frequentemente identificados na literatura como condicionantes do desempenho dos profissionais e, conseqüentemente, da segurança do doente.

De uma forma sistemática, este projecto será composto por quatro capítulos: um capítulo referente ao estado de arte (II), onde se realizará um enquadramento com a área da gestão em saúde e também a prática médica nas organizações de saúde e profissionais de saúde, seus elementos integrantes; um capítulo que desenvolverá a metodologia (III), abordando resumidamente as fases do processo de investigação e também uma pequena explanação acerca do método seleccionado; um capítulo sobre a revisão da literatura (IV), onde se apresenta a análise da amostra de 22 artigos, constituintes da revisão de literatura e os resultados concluídos com essa mesma revisão, com a apresentação de duas tabelas conclusivas de elaboração própria. No capítulo V serão apresentadas as conclusões do estudo e, por fim, serão apresentadas as referências bibliográficas (VI).

II – ESTADO DE ARTE

1. NOTA PRELIMINAR

Este capítulo é elaborado como uma parte fundamental deste projecto de investigação, uma vez que surge como referência ao que já foi investigado sobre este assunto, enquadrando-se com o que se pretende, ainda, investigar.

Trata-se portanto de uma actividade que, apesar de árdua, é crítica e reflexiva, permitindo a aquisição de novos conhecimentos e posteriores conclusões adquiridas pela reflexão.

No estado de arte do presente trabalho, a sua consecução é realizada através de cinco capítulos: Gestão em Saúde; Intangíveis da Gestão; Prática Médica Actual, Factores humanos nos elementos prestadores de cuidados de saúde e A relação entre os Factores Humanos e a Ocorrência de Erro.

Os primeiros dois capítulos são realizados pelo seu enquadramento com a área da Gestão em Saúde, no âmbito do Mestrado para o qual se desenvolve este trabalho académico. O capítulo seguinte, identificado no índice como 4., pretende um enquadramento com a Prática Médica Actual, pois tal como a restantes áreas, deve acompanhar a evolução e as mudanças cada vez mais urgentes e exigentes. No capítulo 5. inicia-se a reflexão em torno da questão de investigação, através de um paralelismo entre os factores humanos e o desempenho dos profissionais de saúde. Por fim, o último capítulo, pretende abordar a problemática do erro em contexto de saúde, pois sendo a medicina, enfermagem e outras actividades da área da saúde, consideradas actividades altamente seguras e fiáveis, o erro humano deve ser considerado como factor indissociável da prática exercida. Sendo esta, uma actividade exercida por humanos, no seio de sistemas interdependentes complexos, os erros ocorrem, fruto da natureza biológica de cada individuo, mas cujo resultado tem um peso muito marcado a nível individual e social (Fragata e Martins, 2008).

2. GESTÃO EM SAÚDE

As organizações de Saúde, conhecidas como sendo organizações complexas, palco de múltiplas actividades, prestadoras de uma enorme diversidade de serviços, em que se conjuga uma forte diferenciação tecnológica com vincadas preocupações de foro social, evidenciam dificuldades naturais quando confrontadas com a permanente pressão para a mudança e

adaptação a novos processos e novas exigências. Qual o melhor modelo de gestão, aquele que proporcione melhores e mais adequados cuidados de saúde com o menor custo para a sociedade, é ainda, e sempre, uma pergunta em busca da resposta certa (Ramos, 2002). É na procura dessa resposta e na aceitação de novos e constantes desafios, que estas organizações e as suas gestões avançam no sentido do sucesso. Por isso se espera, cada vez mais, dos gestores, uma atitude proactiva e inovadora (Reis, 2004). Acompanhando esta atitude proactiva e inovadora, deve estar também associado o desenvolvimento de competências, não só de gestão económico-financeira – valores tangíveis -, mas também de gestão humana e relacional – valores intangíveis. As mudanças em curso nos sistemas de saúde irão inquestionavelmente influenciar os exercícios profissionais em saúde, eventualmente com maior visibilidade a nível da prestação, mas com reflexos muito significativos no domínio da gestão. São, portanto, necessárias competências técnicas e não técnicas que, em conjunto, fomentem a capacidade de liderança nas organizações em mudança, em cenários instáveis, com disponibilidade para suscitar a colaboração dos profissionais prestadores, passando pela faculdade de criação de coligações que facilitem processos de integração multidisciplinar e pluri-institucional, pela sensibilidade à relação qualidade/custo em ambientes de constrangimento financeiro e pela promoção da inovação (Reis, 2004).

A integração da aprendizagem é primordial enquanto elemento condicionante da angariação das aptidões necessárias numa dinâmica de gestão. A Comissão Internacional para a Educação no Século XXI da UNESCO vai mais longe, afirmando que os quatro grandes objectivos de um processo educativo deverão ser: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a estar e aprender a viver em conjunto (Hunot-Clairefond, 1996, p.11 cit. por Reis, 2004).

Só numa base de aprendizagem, partilha, respeito e dedicação é que uma equipa de gestão conseguirá um papel de crescente relevo na defesa e na promoção de medidas que harmonizem custos baixos (realidade actual das organizações de saúde) com garantia de qualidade dos serviços prestados, sendo este o principal objectivo de toda e qualquer instituição prestadora de cuidados de saúde.

3. INTANGÍVEIS DA GESTÃO

Às vezes, o que conta não pode ser contado, e o que pode ser contado não conta

Albert Einstein

In YOKOTA, E. - Planejamento e gestão da comunicação para valoração do intangível nas micro e pequenas empresas brasileira (2009) p. 3.

A crise económica mundial que se faz sentir globalmente tem sido geradora de, acentuadas, transformações sejam elas do ponto de vista político ou económico. Um pouco por todo o lado, são delineadas estratégias e soluções, de forma a iniciar-se uma nova resposta negocial, exigindo uma postura global de contínua mudança, acompanhada de inovação e ideias empreendedoras.

Tendo em conta as exigências actuais do mercado, as dificuldades no mundo do trabalho e a crise económica que se enfrenta, é urgente focalizar alguma atenção na *workforce*, bem como na componente emocional e comportamental das organizações. Explorar os elementos *intangíveis* da Gestão, sendo estes elementos igualmente importantes e determinantes para o sucesso de uma organização, nomeadamente em organizações de saúde, cujo alvo directo é um bem maior: a vida de outras pessoas.

No seu livro *Becoming a Manager*, Linda Hill (1992) refere um estudo em que quase dois terços dos diplomados em educação empresarial reportaram *que na sua primeira nomeação para um cargo de gestão utilizaram marginalmente, ou de todo, as suas competências de MBA* – precisamente quando tais competências deveriam ter sido mais úteis (Mintzberg, 2005 p. 65).

Valores intangíveis podem ser definidos como aqueles que, correspondendo a valores que não sendo ‘palpáveis’, são de extrema importância, quer do ponto de vista organizativo, quer do ponto de vista relacional, conferindo o direito a receber benefícios futuros intimamente associados a factores de acção humana, do conhecimento e uso da inteligência. Hill (1992) conclui do seu estudo *que a educação proporcionada por muitas escolas de ciências empresariais serve pouco para preparar os gestores para as suas realidades do dia-a-dia*. Quando interrogados sobre questões de melhoria de determinadas competências, os inquiridos pediam mais ensino em *competências intangíveis*, porque, afinal, a gestão é principalmente sobre assuntos intangíveis (Mintzberg, 2005 p. 65). Desta forma, o conhecimento corresponde ao significado que cada indivíduo atribui à informação de que dispõe, encontrando o seu valor associado à capacidade de agir com o que o mesmo lhe confere, reflectindo-se através de factores humanos, que influenciam a sua intervenção na instituição a que pertence.

Numa sociedade cada vez mais materialista e economicista, cuja acção é regida predominantemente por avaliações económicas, de custos e gastos, de desempenhos numéricos e financeiros, estes valores intangíveis são fundamentais e obrigatórios para qualquer processo organizacional que detenha todas as componentes – técnicas, financeiras, económicas e relacionais – na sua estrutura.

Nas organizações de saúde, muitos são os factores que caracterizam a sua complexidade, desde a missão para que estão orientadas (norteadas por princípios de equidade, universalidade, acessibilidade); as actividades que desenvolvem (actividade de bem de mérito assente na prestação de cuidados de saúde, num mercado imperfeito, cuja imprevisibilidade da procura é uma constante); as características do seu público-alvo (relações de agência e assimetrias de informação); os processos que desenvolve (envoltos pela complexidade tecnológica e contextos particulares) e por fim, os profissionais que nela trabalham. Desta forma, e sendo as organizações de saúde estruturas complexas, é cada vez mais importante atender a componentes organizacionais fundamentais como: liderança, comunicação, confiança, partilha de informação e conhecimento, espírito de equipa, cultura de segurança e aprendizagem (Sousa, 2006).

Percebem-se mudanças na sociedade e, conseqüentemente, no cenário organizacional resultantes de relações, pautadas pela diversidade cultural e social, numa articulação entre a revolução tecnológica e de inovação, cujas transformações se verificam a nível global, organizacional e individual. Em organizações cada vez mais futuristas e dinâmicas, pretende-se que a inteligência emocional nas organizações de saúde, associada a factores de boa liderança, seja o caminho para a promoção da motivação e desempenho dos profissionais.

4. PRÁTICA MÉDICA ACTUAL

A Medicina e todo o panorama da saúde, em geral, tem vindo a sofrer uma enorme evolução, mantendo-se os princípios éticos fundamentais, bem como os princípios “hipocráticos”¹, numa actualidade que ilustra bem como esses valores podem e devem prevalecer, pairando como traves éticas orientadoras sobre as constantes evoluções tecnológicas da Medicina (Fragata e Martins, 2008).

¹ Nascido há 2500 anos, no século V a.C., Hipócrates mudou o conceito de Medicina, transformando-a numa Ciência. Segundo a sua biografia, Hipócrates recebeu os primeiros ensinamentos do pai e para completar sua formação, estudou Retórica e Filosofia. Tendo estudado nos dois maiores centros médicos da época, Cós e Cnidos, e sendo dotado de extraordinário espírito de observação e profunda dedicação ao trabalho, Hipócrates tornou-se o maior médico de sua época. Considerado o Pai da Medicina, Hipócrates permaneceu, através dos séculos, não só pela ciência mas sobretudo por suas qualidades morais, o tipo de médico ideal (PORTUGAL. IE.Ul, 2005).

Estas evoluções caracterizam-se por uma crescente complexidade tecnológica, pela mudança radical do relacionamento hipocrático pessoal (relação médico-doente), para uma actuação profissional no seio de equipas multidisciplinares de saúde, operando em estruturas hospitalares cada vez mais complexas, tanto em tecnologia como na organização (Fragata e Martins, 2008).

A prestação de cuidados de saúde trata-se de uma actividade para os cidadãos e que deve envolver os mesmos (*patient empowerment*), devendo para tal ser garantido o acesso equitativo aos cuidados de saúde necessários, devendo desenvolver-se actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, segundo os critérios da moderna Saúde Pública (PORTUGAL. MS. DGS, 2009). O alargamento e extensão dos cuidados de saúde a um número cada vez maior de cidadãos acarretou uma crescente cultura de exigência, exigindo qualidade, impondo as mais recentes formas tecnológicas de tratamento, mas não menos justiça na administração dos recursos, recursos esses que a todos parecem cada vez mais limitados (Fragata e Martins, 2008). Ainda que orientada pelos princípios “hipocráticos”, passamos hoje a praticar uma Medicina em cuja linguagem passaram a entrar as designações de “tratamento baseado na evidência”, de “custo-benefício”, de “eficácia e eficiência” ou de “governança clínica”, ou seja, palavras que se prendem muito mais com a Organização e Gestão de Serviços e com a Economia do que com a prestação directa de cuidados de saúde (Fragata e Martins, 2008). Aqui fica uma reflexão sobre todos os elementos tangíveis valorizáveis no planeamento e gestão de uma estrutura organizativa, verificando-se total ausência de enunciação e referência aos, tão importantes, valores intangíveis da gestão que, quase sempre omitidos ou ignorados, são igualmente necessários na excelência de cuidados prestados.

A par de todas estas alterações e mudanças, assiste-se também a um crescimento acentuado de uma sociedade de comunicação, dominada pelos meios de comunicação e informação, como os *media* e a *internet*, sendo relevante a enorme visibilidade pública em torno das questões e dos “casos” da saúde, que assim se tornou numa actividade que, pelas melhores ou piores razões, faz hoje notícia (Fragata e Martins, 2008). Actualmente, o acesso à informação está ao dispor de todo e qualquer cidadão, assistindo-se a uma responsabilização cada vez mais notória e a um envolvimento activo do cidadão no seu processo de saúde e decisões em relação à doença e formas de tratamento, constituindo-se expectativas elevadas no sucesso e reduzida aceitação de fracasso. A Medicina é hoje uma actividade que facilmente se torna transparente à opinião pública e da qual a sociedade espera e exige contas. À Medicina de hoje não basta ser competente, exige-se-lhe que preste contas e que

estas sejam visíveis; isto é, e em linguagem anglo-saxónica própria, terá de ser *accountable* (Fragata e Martins, 2008).

Terminada esta breve introdução, pretendeu-se apresentar, de uma forma geral, um enquadramento face ao panorama da saúde actual com ênfase nas dimensões de qualidade, eficiência e segurança, que cada vez mais norteiam e qualificam os cuidados de saúde a serem prestados.

Presentemente, e mais do que nunca, é do conhecimento de todo e qualquer cidadão, quer seja pela divulgação dos *media*, quer pela real oferta de entidades prestadoras de cuidados no mercado actual, que a prestação de cuidados deixou de ser uma actividade na linha dos bens essenciais de resposta à população, para ser alvo de um negócio de concorrência e desafios. Concorrência pela enorme oferta disponível, de cariz privado e público; desafiante, pois efectivamente, a prática de medicina deixou de ser simplesmente o *salvar vidas*, assumindo, hoje em dia, uma posição de evolução constante, face à modernização e inovação, aprendizagem e constante formação de todos os seus elementos e profissionais. É ainda um desafio, a prestação de cuidados com a máxima qualidade, quando a expressão ‘contenção de custos’ assume um papel importantíssimo em qualquer frente negocial e orçamental. Face a todos estes aspectos, torna-se de facto muito interessante estudar e investigar as organizações de saúde, bem como as suas características, de um ponto de vista sociológico e num panorama ‘mais à frente’, do que a maioria das pessoas pensa e conhece.

Se por um lado, existe a realidade comprovada pelos jornais e notícias de que o *mundo da saúde* atravessa constantes dificuldades e desafios, a capacidade de resposta não é suficiente face às necessidades, os profissionais estão indignados com as actuais condições laborais, os custos que envolvem as organizações de saúde são elevados face às receitas, o erro clínico é um problema real e com dimensões alarmantes; por outro lado deve ser fomentada a constante tentativa de resolução de todos estes obstáculos, quer pelas administrações, quer pelos profissionais prestadores de cuidados, na promoção dos melhores cuidados e na garantia de satisfação, equidade e qualidade na prática diária de cuidados de saúde.

A verdade é reconhecida por todos aqueles que fazem parte das organizações de saúde e que, de uma forma geral, sejam elas públicas ou privadas, são confrontados com os mesmos desafios: constantes exigências e resultados, com cada vez maiores limitações e condicionantes. As reduções de remuneração, o aumento de trabalho e das horas laborais, o aumento dos impostos, as taxas de desemprego, as dificuldades de conciliação entre vida

peçoal e vida profissional, as limitações e dificuldades de desenvolvimento pessoal e profissionais, bem como oportunidades de formação académica, são alguns dos elementos condicionantes que afectam os profissionais de saúde e, consequentemente a sua prestação profissional. Ainda assim, é exigida à *workforce* uma dedicação e um empenho reforçado na prestação laboral diária. Claro que, tal como já foi referido anteriormente, uma organização de saúde detém de determinadas características que lhes são específicas, nomeadamente o inesperado, condição *sine-qua-non* destas organizações.

Falando de todas estas características das organizações de saúde, é fundamental englobarmos na sua enunciação os profissionais de saúde que constituem estas organizações e que são eles que as fazem funcionar. Neste sentido, é comum surgirem conceitos como fiabilidade e complexidade, que associados à dimensão das organizações de saúde, devem a sua fiabilidade ao desenho e à construção dos seus sistemas mas também à correcta utilização da constante variabilidade humana para monitorizar e compensar, adaptando as mudanças (Fragata e Martins, 2008). E é precisamente esta variabilidade humana que empreende nas organizações de saúde uma conotação especial. Não só pelas características de cada profissional, que como cada ser humano são seres propícios ao erro, ao falhanço, assim como à adaptabilidade e sucesso; mas porque o *outcome* final destas organizações é também ele especial e um bem maior: a vida de outra pessoa. As especificidades e particularidades das instituições de saúde, tornam difícil a sua abordagem devido, essencialmente, à complexidade destas organizações, ao carácter multifactorial das situações que estão por detrás das falhas de segurança, e, não menos importante, à sensibilidade do tema (Sousa, 2006). E a sensibilidade a este tema pode ser descrita pela actividade médica e de prestação de cuidados, tendo como matéria-prima a biologia e a natureza desta, que não é exacta nem previsível. Importa referir que a Medicina é exercida por seres humanos diversos, a maior parte das vezes organizados em equipas, que pressupõe conhecimentos, apreciação, tomada de decisões e execução técnica – todas actividades humanamente falíveis. O que separa as máquinas artificiais, como os computadores, das máquinas naturais, como os seres vivos é a existência, nestas últimas, de desordem, de ruído e de erro. Na espécie, e ao invés das outras espécies, o erro serve a sua própria genialidade e permite, pela auto-correcção, uma permanente reorganização que subjaz a complexidade e faculta o progresso da espécie inteligente. O erro seria assim, não só um elemento indissociável à espécie humana, mas também um valioso instrumento para o seu próprio progresso. Além disso, a medicina é exercida com recurso a meios técnicos e em sistemas organizacionais muito

complexos e de interdependência múltipla – os hospitais, existindo aqui uma nova oportunidade para falhas (Fragata e Martins, 2008).

Falar de erro clínico, falar de falhas em contexto de saúde e falar de dinâmica hospitalar implica, quase obrigatoriamente e em termos bibliográficos e de investigação, uma comparação com a aviação e o controle de tráfego aéreo, pelas semelhanças que se podem encontrar entre estas duas organizações. Vários são os estudos realizados, que comparam as atitudes de pilotos num *cockpit* e de pessoal médico em diversas especialidades, como os cuidados intensivos e bloco operatório, incidindo sobre os diversos aspectos como a ocorrência de erros, o *stress*, o trabalho em equipa e factores humanos. Quer num *cockpit*, quer num hospital, o trabalho em equipa é fundamental, pelo que a actuação deve ser avaliada não só em termos do indivíduo mas também enquanto membro integrado dentro de uma equipa. Na génese dos erros, como na segurança, não só a fadiga, o *stress*, o nível de treino, os conhecimentos, a aplicação de regras mas também a tomada de decisões são importantes. Igualmente importante é a capacidade de comunicar e de actuar em equipa. Esta cultura de segurança assenta no reportar voluntário de todo e qualquer incidente, por insignificante que pareça, e, sobretudo no facto dessa declaração não implicar punição ou censura do indivíduo (Fragata e Martins, 2008).

A realidade existente nas organizações de tráfego aéreo e voo são muitas vezes evocadas em comparações pelas semelhanças com o universo da saúde, onde os erros se devem, não só a limitações humanas, mas também a violação de regras, falhas no treino, e ainda dificuldades de comunicação e de decisão no seio da equipa (Klineet, 1999 cit. por Fragata e Martins, 2008). Estes resultados permitem, em consequência, alterar o treino das tripulações duma perspectiva puramente técnica e individual, para uma dinâmica de equipa e de actuação conjunta, envolvendo aspectos tão diferentes como – *leadership*, monitorização, duplas verificações, capacidade de tomar decisões e de alterar planos – atitudes que parecem ter contribuído para uma maior segurança. Um aspecto igualmente crucial para a segurança de voo tem sido o trabalho em equipa (Fragata e Martins, 2008).

Na realidade da Saúde, um bloco operatório pode ser comparado a um *cockpit* de avião. É uma estrutura complexa, operada *hands on* por cirurgiões e anestesistas e onde interagem ainda outros profissionais como técnicos e enfermeiros. Factores humanos individuais e trabalho de equipa são aqui determinantes, com fim num objectivo comum e de maior valor: o tratamento do doente e a sua doença.

Num estudo europeu apresentado por Helmreich (1994), são identificados os comportamentos de risco que frequentemente atingem os doentes no Bloco Operatório. Desta

forma, os comportamentos de risco passam por: falha de comunicação com a equipa (falta de discussão do plano cirúrgico e alternativas); *leadership* (incapacidade de chefiar no bloco operatório); relações pessoais (conflitos inter-pessoais); preparação e plano (desconhecimento da técnica e alternativas) e vigilância (incapacidade de monitorizar as alterações do doente). Resumidamente, conclui-se que problemas de comunicação parecem ser igualmente prevalentes nos dois ambientes, o *stress*, a fadiga, as condições latentes e as falhas humanas activas podem interagir em ambos os cenários para provocar acidentes (Fragata e Martins, 2008). Os factores humanos inerentes à própria condição humana e a toda a envolvente de cada pessoa, dita a sua actuação e o desenvolvimento da sua actividade.

Assim, surgiu a necessidade de investigar e desenvolver esta temática. Não adianta falar de erro clínico e das suas consequências na segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados, sem serem consideradas as razões que estão na sua origem. Cada vez mais a segurança do doente surge como objectivo fundamental nas directrizes orientadoras da gestão, mas sem que se compreenda e identifique a estrutura que suporte essa mesma segurança, a sua implementação não pode ser fomentada. Nos dias que correm, qualquer manual de acreditação, qualquer entidade de certificação apresenta em títulos garrafais *Patient Safety* como o maior objectivo e a maior meta a ser atingida. Estando de perfeito acordo que este é, de facto, um aspecto muito importante a ser promovido nas unidades de saúde, deve-se considerar que é também importante entender quais os factores, nomeadamente humanos, inerentes aos profissionais que desenvolvem e prestam esses mesmos cuidados, porque é deles que parte, evidentemente, a melhor ou pior segurança do doente.

Realizada uma reflexão sobre este assunto e desenvolvida uma pesquisa bibliográfica acerca desta temática, os factores humanos assumem um papel importantíssimo na promoção da segurança do doente. Existem já inúmeros estudos que se dedicam a esta investigação, nomeadamente a World Health Organization, com algum trabalho bastante pertinente desenvolvido nesta área. Um trabalho recente realizado sob a orientação daquela entidade, em Abril de 2009 – *Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools* - apresenta uma descrição básica de dez áreas temáticas relacionadas com factores organizacionais e humanos que influenciam a segurança do doente: cultura organizacional; gestão clínica e empresarial; comunicação; trabalho em equipa; liderança; percepção da situação; tomada de decisão; *stress*; fadiga e o ambiente de trabalho (Flin et al, 2009). Este trabalho também identifica uma selecção de ferramentas para a monitorização e medição desses factores, podendo ser adequados à aplicação de uma série de importantes linhas de investigação que

surgiram a partir da necessidade de compreender que não apenas a cultura organizacional, mas também o papel dos factores humanos numa equipa de gestão ou de trabalho e as características individuais, influenciam o comportamento dos profissionais de saúde em relação ao cuidado do doente seguro. Sherman et al (2009), citado nesse documento, afirma mesmo que os factores humanos devem ser considerados a par dos factores organizacionais, constituindo-se um novo quadro conceptual para a segurança do doente, sendo estes últimos dotados de um contributo extremamente importância na sua promoção (Flin et al, 2009).

5. FACTORES HUMANOS NOS ELEMENTOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE

Human factors are all the things that make us different from logical, completely predictable machines. How we think and relate to other people, equipment and our environment. It is about how we perform in our roles and how we can optimize that performance to improve safety and efficiency. In simple terms it's the things that affect our personal performance.

In UK. CHFG - Welcome to the website of the Clinical Human Factors Group.
London : Clinical Human Factors Group, 2009. Welcome page.

Em jeito de introdução, pretende-se realizar uma pequena reflexão acerca desta temática, que, do ponto de vista de um profissional de saúde e elemento de uma organização de saúde, é considerada de extrema relevância nos dias que correm, sendo estes profissionais constantemente lembrados da obrigatoriedade de uma prestação de cuidados excelente, com vista primordial no bem-estar do utente, mas com a pressão dos objectivos que são apresentados, objectivos esses numéricos e de rendimento, que resultam na avaliação de desempenho da instituição e, conseqüentemente, da própria actividade e prestação.

Actualmente, as organizações de saúde apresentam uma visão revolucionária, conotada por conceitos de *benchmarking*, com actividades orientadas para a promoção da qualidade e prestação de cuidados de excelência. Procura-se uma actuação cada vez mais actual, com orientações e recomendações inovadoras e actualizadas, como é o caso do controlo de infecção, gestão de risco; proporcionadas oportunidades de formação e educação, com valorização de dúvidas e questões; em suma, as organizações de saúde actuais são marcadas pela crescente necessidade de modernização, com uma visão na mudança e inovação, como resposta às novas exigências tecnológicas. Não é só o *hardware* da organização que deve ser optimizado e repensado, mas esta necessidade de mudança deve ser sentida desde o cerne da organização, fomentando comportamentos de mudança,

com capacidades de implementação de boas práticas, orientadas pelas melhores chefias, com estilos de liderança ressonantes, que indo ao encontro das necessidades e valorizações da *workforce*, se tornam organizações verdadeiramente inteligentes e inovadoras.

Tal como é apresentado pela HSE (*Health and Safety Executive*), os factores humanos que envolvem um indivíduo na sua vida diária e profissional, referem-se ao seu meio ambiente e de trabalho, traduzindo-se em características individuais e organizacionais, que influenciam o seu comportamento no trabalho, o seu desempenho e a sua própria saúde e segurança. Esta definição inclui três aspectos que devem ser considerados: o trabalho, o indivíduo e a organização, de forma indissociável, sendo que os vários aspectos se interligam e se influenciam mutuamente (UK. HSE, 1999).

Abordando, sucintamente, cada uma destas componentes:

O trabalho, incluindo áreas como a natureza da tarefa, a carga de trabalho; o ambiente de trabalho, a sua organização estrutural e funcional, bem como o papel dos diversos elementos que interagem neste processo, são aspectos fundamentais que influenciam o desempenho e o desenvolvimento profissional de qualquer indivíduo. Associado a esta componente, podemos ainda incluir a ergonomia, como aspectos cada vez mais tido em conta as mundo laboral de hoje.

Num conjunto elaborado de estratégias e procedimentos, devem ser garantidas as melhores condições de trabalho, quer sejam físicas, emocionais e sociais, capazes de traduzir no meio laboral, um meio saudável ajustado às especificidades de cada um. Claro que esta promoção irá influenciar positivamente o desenvolvimento profissional dos indivíduos e, consequentemente, o seu desempenho. Nas organizações de saúde, por exemplo, estes valores traduzem-se em equipas fortemente motivadas e empenhadas na melhor prestação de qualidade. Para além dos melhores actos médicos realizados, dotados da melhor técnica e precisão, a qualidade dos cuidados é garantida, assim como a segurança do doente.

Ao referir o indivíduo como componente indissociável da tríade acima referida, deve ser considerada a sua competência, as suas habilidades (técnicas e não técnicas), a sua personalidade e as suas atitudes. O trabalho em equipas multidisciplinares apresenta como principal especificidade a unicidade e individualidade de cada elemento. É na conjugação das diversas características da equipa que se conseguem os melhores resultados, em que cada elemento contribui com o conhecimento que sabe e com a experiência que detém. Claro que, sendo a personalidade individual uma componente fixa a cada pessoa, esta passa a ser um factor humano que não pode deixar de ser considerado na investigação desta temática.

Por fim, a organização, onde devem ser consideradas algumas dimensões como a própria cultura desenvolvida na organização, os padrões de trabalho exigidos e praticados, os recursos (tanto humanos como materiais), a comunicação, a liderança, entre outros. Todos estes factores são muitas vezes negligenciados durante a concepção de uma equipa ou organização de trabalho, mas têm uma influência significativa no comportamento individual e de grupo, que não pode ser posta de parte.

Em suma, os factores humanos estão associados ao que as pessoas devem fazer (a sua tarefa e as suas características), sendo esta actividade influenciada pela forma como a pessoa desempenha a sua função (características individuais e competência) e pela envolvente em que se insere (organização e os seus atributos).

Na área da saúde, nomeadamente na profissão de Enfermagem, os factores humanos são primordiais na prática diária de cuidados de saúde. A profissão de Enfermagem é denotada de algumas características particulares, que a tornam um foco de atenção especial, no estudo desta temática.

Trata-se de uma profissão cuja actividade é orientada pelo trabalho em equipa e por dinâmicas multidisciplinares. Ao contrário dos médicos, os enfermeiros desenvolvem inúmeras actividades inter-dependentes e dependentes (como o caso das prescrições) de outros profissionais, o que condiciona, na maioria dos casos, a prática individualizada e planeada pelo profissional de enfermagem. O enfermeiro é o prestador de directo de cuidados de saúde. Desde a recepção do utente na unidade de saúde, passando pelo tratamento terapêutico, até ao momento da alta, é o enfermeiro que assegura toda a interacção entre o utente e a restante equipa multidisciplinar e a organização de saúde em si. O enfermeiro é ainda o intermediário entre a família do utente e a restante equipa. É através de um acompanhamento diário contínuo que o enfermeiro assiste, ininterruptamente, à prestação de cuidados de saúde ao utente, com objectivo na sua melhor recuperação e total assistência. O trabalho por turnos é uma especificidade desta profissão que deve ser reconhecida e valorizada, pela responsabilidade e importância extrema da actuação do enfermeiro em qualquer momento de assistência ao utente.

Actualmente, são identificados alguns factores que condicionam o desempenho dos profissionais de saúde, sendo os estudos existentes, mais frequentes em populações e amostras de enfermeiros, pelas razões acima mencionadas. Estes factores devem ser estudados e, posteriormente, desenvolvidos numa organização de saúde. São eles:

a) Factores da envolvente do trabalho – comuns a todos os profissionais que trabalham nas actuais organizações de saúde, onde a escassez de recursos humanos é cada vez mais

verificada, com necessidade de resposta igual ou cada vez maior às exigências e expectativas da população; péssimas condições de trabalho, com falta ou ineficiência de recursos materiais e tecnológicos, sendo obrigatório aliar a criatividade ao desenrasque e persuasão por um bem maior: a vida do utente;

b) Factores respeitantes à equipa – a comunicação, como aspecto primordial e fundamental para o funcionamento de qualquer equipa, em qualquer circunstância e para todo e qualquer fim. A comunicação, podendo ser verbal ou escrita, é basilar na articulação, funcionamento e sucesso de qualquer equipa. A sua eficiência depende de todos os seus elementos, sendo o que as pessoas devem fazer para se ligarem entre si, para assim poderem suprir as necessidades, os desejos e as dificuldades com que se deparam nas diversas situações. A comunicação deve ser entendida muito além de uma simples troca de palavras. A comunicação é importante como discussão de eventuais problemas e antecipação de complicações. Estudar e avaliar procedimentos, trocando ideias e opiniões. É importante face à preocupação acerca da forma como as coisas decorrer, antecipando complicações e promovendo o sucesso. É importante quando um elemento ou a equipa se sente cansado ou aborrecido, quando o *stress* e a confusão se instalam e é necessário manter a calma e a confiança no trabalho. Ouvir os outros, respeitando as diversas opiniões e aceitar sugestões, podem ser algumas estratégias de promover a comunicação no seio de uma equipa. Importante também, é garantir *feedback*, não apenas através de punição quando algo corre mal, mas também utilizar o elogio, o agradecimento e o reconhecimento quando o sucesso é alcançado. *A comunicação é o sangue vital do trabalho de equipa* (Hughes e Terrell, 2008).

c) Factores individuais (*staff*) – específicos de cada profissional, estes factores são o que torna uma equipa multidisciplinar tão rica e diversificada. O reconhecimento de que cada elemento tem uma personalidade própria, com conhecimentos e aprendizagens únicas e diferentes dos restantes, pode ser uma mais-valia para a partilha de experiências e conhecimentos entre toda a equipa. No entanto, o lado menos positivo destas individualidades também se pode verificar, quando um dos elementos apresenta um deficit de competências ou conhecimentos ou pouco experiência em relação ao que é esperado que desenvolva no contexto estabelecido. A saúde física e mental de cada indivíduo é também uma condicionante para o desenvolvimento do trabalho em equipa e da actuação de todos os elementos como um todo.

d) Factores respeitantes aos doentes – apesar das condições de complexidade e seriedade serem aspectos sem qualquer possibilidade de manipulação pelos profissionais, é necessária uma adaptação e uma individualização de cuidados perante a pessoa em

questão. Considerar a sua personalidade e factores sociais são alguns aspectos importantes de respeitar. Mais uma vez a comunicação surge como factor influenciador na prestação de cuidados e a sua ausência poderá comprometer grandemente esta dinâmica, bem como os melhores *outcomes*.

Mais uma vez, e tal como já foi mencionado anteriormente neste trabalho, factores como: políticas inconstantes e problemas de financiamento; falta de empenhamento da gestão de topo relativamente ao risco e a todo o desempenho da *workforce*; excesso de trabalho, pessoas inadequadas, com deficit de competências ou experiência das equipas de trabalho; acesso limitado ao equipamento essencial (recursos materiais e tecnológicos); comunicação deficiente entre a equipa, bem como problemas de linguagem e comunicação, estão muitas vezes na origem e na promoção de erros na prática clínica, assim como na indução de lacunas na qualidade dos cuidados prestados e na motivação, empenho e dedicação dos profissionais.

Em saúde, todo o sistema de prestação de cuidados é operado por homens. A fadiga é um aspecto crucial e comum aos profissionais de saúde, prestadores directos de cuidados de saúde. Não raramente os médicos e especialmente os enfermeiros, acumulam turnos seguidos de trabalho, ou alternam trabalhos duplos, em regimes de elevada tensão, cuidando de doentes graves. A fadiga tem sido apontada como causa de mau desempenho humano e, por exemplo, os pilotos de linha aérea têm limitação no número de horas de voo (Fragata e Martins, 2008).

Apesar de existirem já alguns países com limites estabelecidos para a actividade de médicos em treino, os enfermeiros continuam a trabalhar horas sucessivas e sem quaisquer restrições, ultrapassando em muito os limites do cansaço e, certamente, da segurança. O extremo cansaço é tido, na maioria das vezes, como factor mais importante no desempenho dos profissionais, como aspecto desencadeante de erros e lapsos e condicionante da segurança do doente e qualidade dos cuidados prestados.

Em qualquer actividade clínica e de prestação de cuidados, o ser humano é sempre o elemento final de actuação técnica. À semelhança do que foi dito anteriormente, os inúmeros factores do sistema condicionam a qualidade dos cuidados prestados, sendo o factor individual aquele que contribui certamente e como determinante final, para a ocorrência de erros e de acidentes e, conseqüentemente, compromisso da segurança do doente (Fragata e Martins, 2008).

6. A RELAÇÃO ENTRE OS FACTORES HUMANOS E A OCORRÊNCIA DE ERRO

A literatura demonstra-nos que esta relação existe. Apesar da bibliografia existente ser na sua maioria internacional, devido à novidade do tema em Portugal, existem já algumas importantes referências que se dedicam ao estudo e investigação desta temática. Uma dessas referências é o manual intitulado: *The guide for implementing Human Factors in Healthcare*, de Março de 2009, desenvolvido pelo grupo Clinical Human Factors Group (Carthey e Clarke, 2009a)) integrados pelo NHS – National Health Service – serviço nacional de saúde inglês. Este manual, ou antes, guia, como o próprio nome indica, é um instrumento de extrema importância, devido à sua actualidade e também a todo o seu conteúdo científico em torno deste assunto dos factores humanos, nomeadamente em saúde. A exposição teórica é acompanhada de casos práticos e respectiva interpretação, através da qual se consegue de facto concluir a pertinência e o impacto destes factores nos cuidados de saúde. Será apresentado, mais adiante, um exemplo a fim de ilustrar essa verificação.

Assim, o objectivo deste guia é fornecer uma introdução aos conceitos de factores humanos em saúde, com explanação e avaliação de casos práticos, sendo depois apresentadas sugestões de como os seus elementos podem ser aplicados por indivíduos e equipas de trabalho para promover o desempenho dos profissionais e, consequentemente, a segurança do doente. Destina-se a construir a consciência da importância de factores humanos, no sentido que estes devem ser igualmente considerados na dinâmica organizacional de uma instituição de saúde, a par dos factores económico-financeiros e valores tangíveis da gestão.

Este documento explica que os factores humanos são aqueles que abrangem todos os factores que podem influenciar as pessoas e os seus comportamentos. Em contexto de trabalho, são factores inerentes ao indivíduo e que afectam, inevitavelmente, o seu desempenho pessoal e desempenho profissional. A título de exemplo, a entidade inglesa NHS tem vindo a desenvolver a sua actividade de uma forma marcante em torno de toda a temática da segurança do doente, como sua prioridade máxima – *Making the safety of patients everyone's highest priority*. Desta forma, afirma que todos os dias dezenas de doentes são tratados com a maior segurança pelos profissionais de saúde, que orientados pelas melhores directrizes, estão motivados em fornecer alta qualidade e o melhor atendimento clínico. No entanto, ainda se verifica um número inaceitável de doentes que são prejudicados no seu contacto com dada organização de saúde, com *outcomes* aquém dos esperados (Carthey e Clarke, 2009b)).

E, tal como referido anteriormente, o recurso a exemplos práticos são uma vantagem na percepção e verificação de determinadas concepções teóricas. Desta forma, e ainda com referência do trabalho supracitado do CHFG, será apresentado o caso de Elaine Bromiley, vítima do insucesso presente nas organizações de saúde:

Elaine Bromiley, uma jovem de 37 anos, sem antecedentes de saúde relevantes e aparentemente saudável, foi admitida no hospital para uma cirurgia de rotina de otorrino, sob anestesia geral. No entanto, durante a anestesia, surgiram alguns problemas respiratórios e o anestesista não foi capaz de inserir um dispositivo (tubo endo-traqueal) para garantir a sua via aérea e consequente ventilação. Os 10 minutos que se seguiram foi uma situação de grande *stress* pela dificuldade do procedimento e pela constatação de que a doente não se conseguiria entubar nem ventilar. Estava a instalar-se uma situação de emergência e de compromisso vital para a doente. Três outros anestesistas altamente experientes repetiram o procedimentos inúmeras vezes, na tentativa de alcançar uma entubação eficaz, mas sem sucesso. Elaine acabara por sofrer períodos prolongados com níveis de oxigenação deficiente na circulação sanguínea. Os enfermeiros haviam informado a restante equipa que existia equipamento de emergência na sala (para realização de traqueostomia, procedimento a realizar em situações de emergência como este exemplo) e que tinham reservado uma vaga na unidade de cuidados intensivos. No entanto, nenhuma destas aquisições foi utilizada. 35 minutos após o início da anestesia, ficou decidido que Elaine deveria acordar naturalmente da anestesia, sendo posteriormente transferida para a unidade de cuidados pós-anestésicos. Elaine não acordou da anestesia. Foi então transferida para a unidade de cuidados intensivos, onde nunca recuperou a consciência e após 13 dias foi tomada a decisão de retirar o suporte ventilatório que sustentou, artificialmente, a sua vida até aquele momento. Mas o que aconteceu de errada, afinal?

No momento e ao viver a situação, esta pode parecer um acontecimento trágico, mas inevitável, resultante de uma complicação inesperada no decurso do processo de anestesia. No entanto, o resultado poderia ter sido diferente se os factores humanos tivessem sido tidos em conta por todos os envolvidos na organização e na situação em questão. Não é a competência dos profissionais que é avaliada neste exemplo, uma vez que cada membro da equipa era experiente e tecnicamente muito competente. Foi toda uma série de eventos e acções que ocasionou a sua morte. Uma investigação minuciosa destaca alguns desses factores:

a) Perda de consciência situacional (numa tradução livre da expressão inglesa *Loss of situational awareness*) - o *stress* da situação implicou que os elementos envolvidos nela se

tornassem muito centrados em repetidas tentativas do procedimento – a inserção do tubo de respiração. Como consequência, perderam a noção do tempo dispendido em sucessivas tentativas e perderam a noção da ‘grandiosidade’ emergente da situação. Face a uma total desorientação em relação ao tempo passado, constituiu-se uma “visão de túnel” que levou os profissionais a não se aperceberem do tempo passado e da crescente gravidade da situação.

b) Acções de percepção e cognição – procedimentos que não estavam em conformidade com o protocolo de emergência. Na pressão do momento muitas opções são consideradas, mas não são necessariamente as opções que fazem mais sentido num dado momento e num dado episódio específico.

c) Trabalho em equipa - não houve um líder destacado e determinado. Os diversos profissionais na sala estavam em consonância com a equipa, fornecendo toda a ajuda e apoio, mas nenhuma pessoa foi considerada a responsável pela orientação do procedimento. Isto levou a uma ruptura no processo de tomada de decisão e comprometimento de comunicação entre os diversos membros da equipa.

d) Cultura – os enfermeiros que previram o desenvolvimento da emergência providenciaram o material de actuação imediata para a sala e solicitaram vaga na unidade de cuidados intensivos. Afirmaram perante a equipa que tudo estava disponível e operacional, mas não fizeram sentir a sua preocupação de forma audível para os restantes elementos, quando o material não foi utilizado. Outros enfermeiros que estavam cientes do que estava a acontecer não sabiam como abordar o assunto. A hierarquia da equipa tornou a assertividade e comunicação um processo difícil, apesar da gravidade da situação.

O *stress* é um factor reconhecido em muitos incidentes/acidentes que ocorrem nas organizações de saúde. Devido a todas as exigências e condicionantes em ambiente profissional, as pessoas acabam por se comportar de forma diferente em situações de elevada pressão e *stress* e, em associação a outros factores humanos, existe, efectivamente, uma maior probabilidade de compromisso da percepção e suas funções cognitivas. Em resumo, alguns dos factores humanos comuns que podem aumentar o risco de erro incluem: carga de trabalho mental e o bem-estar emocional do profissional; as distrações; o ambiente físico; as exigências físicas; o trabalho em equipa e o desenho do processo, bem como a sua percepção pelo profissional.

Cada vez mais, é reconhecido o impacto dos factores humanos na área da saúde e na prestação de cuidados, sendo necessário investigar quais os benefícios e quais as estratégias a desenvolver associando a consciência desses factores aos *outcomes* pretendidos. Dessa

forma, uma administração ou chefia que se consciencialize da importância dos factores humanos e o seu impacto no desempenho dos seus profissionais deve:

- Entender o porquê da equipa de saúde cometer erros e quais os factores que ameaçam a segurança do doente;
- Melhorar a cultura de segurança das equipas e das organizações;
- Reforçar a equipa e melhorar a comunicação entre os seus elementos;
- Melhorar o design dos sistemas de saúde e equipamentos;
- Identificar "o que aconteceu de errado" e antecipar o que "poderá dar errado";
- Compreender que uma liderança eficaz fomentada por assertividade, dedicação e exemplo, motiva os demais profissionais e promove a confiança geral.

Após a abordagem dos factores que influenciam o desempenho dos profissionais, torna-se lógico identificar a origem dos erros e incidentes que ocorrem nas organizações de saúde.

O erro parecendo ser inevitável, deve ser tido em conta em todas as actividades de prestação de cuidados de saúde, envolvendo os profissionais de saúde, atitude dos utentes, vítimas de potenciais erros. Deve ser também tido em consideração o aumento de custos nos serviços de saúde, que determinam maiores tempos de internamento, pagamento de tratamentos adicionais, indemnizações, etc. Os erros e a sua pública divulgação deterioram a confiança dos utentes na Medicina e no sistema, prejudicando todo o relacionamento de confiança entre os que devem tratar e os que precisam de ser tratados. Os erros causam dano civil, e sempre fora tema apetecido para litígios médico-legais, com abordagem à luz da Ética, discutida em torno do direito do doente em ser informado e da obrigação do médico em informar. A divulgação dos erros associados à prática de cuidados de saúde, junto dos utentes ou no seio da comunidade, divulgação que começa a ser progressivamente recomendada, tem como contrapartidas, a difícil aceitação, o impacto negativo na opinião pública, muito na dependência dos *media* e do modo como a notícia é tratada (Fragata e Martins, 2008).

Os profissionais de saúde são seres humanos e, como todos os seres humanos são falíveis. No decorrer do dia-a-dia, assim como na actividade laboral de cada pessoa, todo o indivíduo comete erros nas coisas que faz ou se esquecem de fazer. No entanto, o impacto desses incidentes é muitas vezes inexistente, menor ou simplesmente inconveniente. No entanto, na área da saúde há sempre uma hipótese acentuada de que após um incidente, as consequências possam ser catastróficas. É essa consciência que muitas vezes impede que tais

incidentes ocorram, com finalidade de aumentar a nossa atenção e vigilância, quando nos deparamos com situações ou tarefas que são arriscadas.

Um modelo de factores humanos cada vez mais conhecido na área da saúde é o modelo do queijo suíço de Reason (2000). Com a elaboração deste modelo (**Figura 1.**), Reason pretende demonstrar que, em qualquer sistema, existem vários níveis de defesa (*levels of defence*). Como exemplos de vários níveis de defesa temos, por exemplo: a verificação de fármacos antes da administração, lista de verificação pré-operatória ou teste de material e/ou dispositivos médicos antes de uma intervenção. Cada um desses níveis de defesa apresenta "buracos", sendo estes causados por má concepção do sistema, tomadas de decisão menos eficientes, processos realizados incorrectamente, falta de competências e conhecimentos e recursos limitados. Estes buracos são conhecidos como "condições latentes".

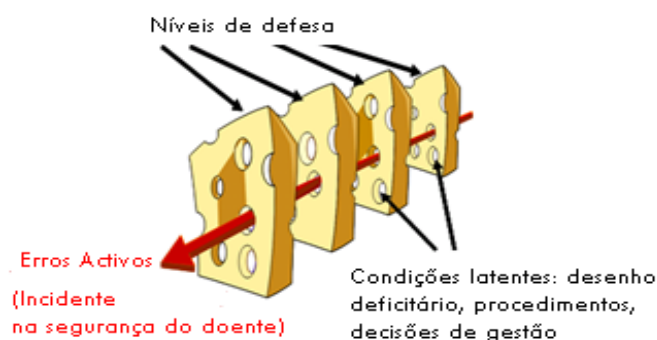


Figura 1. Modelo do queijo suíço.

Adaptado de J. Reason (2000) - Human error: models and management. p. 769

Se as condições latentes se alinham em relação aos níveis sucessivos de defesa, é criada uma janela de oportunidade para que um incidente de segurança do doente ocorra. Falta ainda abordar os "erros activos", da responsabilidade do profissional durante a sua prática. Por exemplo, a administração de uma medicação errada ao doente errado, é considerado um erro activo, ocorrendo ao mesmo tempo que é realizada a prestação de cuidados ao doente. Quando existe uma combinação entre as condições latentes e os erros activos, estão reunidas as condições para que todos os níveis de defesas sejam comprometidos e ocorra um incidente que condicione a segurança do doente.

Consultando a bibliografia disponível acerca deste assunto, conclui-se que os erros em saúde assumem ainda proporções bastante elevadas. No entanto, é muito raro para o pessoal de saúde ir para o trabalho com a intenção de causar danos a terceiros ou actuar de forma

menos correcta. Urge, portanto a necessidade de investigar porque existem muitos casos em que algumas das condições latentes são causados por pessoal actuando de forma incorrecta, mesmo quando eles sabem qual é o procedimento correcto. A procura constante de respostas e soluções é uma obrigatoriedade das equipas administrativas e de gestão. É neste sentido que os factores de gestão organizacional e humana assumem um papel primordial. De entre esses factores, a liderança destaca-se como o essencial e, provavelmente, o mais importante.

As organizações de saúde, como qualquer organização que visa o sucesso e a promoção da qualidade dos serviços que presta, têm na liderança um papel extremamente importante. Mais do que uma liderança com fins técnicos e objectivos, a liderança emocional é também deveras importante e fundamental. Os líderes desempenham sempre um papel emocional primordial.

Segundo Kotter (1990), numa época de revolução tecnológica e mudanças crescentes, a liderança torna-se cada vez mais crucial, na medida em que representa o elemento propulsor de mudanças e é a força básica por detrás de uma mudança bem sucedida. Para este investigador, sem liderança, a probabilidade de ocorrência de erros aumenta, as oportunidades de êxito reduzem-se e a qualidade de produção é severamente comprometida (Franco e Ferreira, 2007).

Neste contexto, e considerando a realidade das organizações de saúde, a liderança detém de um papel preponderante no desenvolvimento de uma cultura organizacional, apresentando-se como elemento estruturante fundamental da segurança e fiabilidade (Fragata e Martins, 2008). Estas duas características, segurança e fiabilidade, são extremamente significativas quando se aborda a temática das organizações de saúde. Estas organizações, relembrando o que já foi dito anteriormente, são estruturas dinâmicas, vivas e complexas. Complexidade é, neste contexto, entendida como diversidade, convivência com o aleatório, mudanças inconstantes, incerteza e o aleatório. Os elementos que a constituem são agentes individuais com liberdade para agir de modo nem sempre totalmente previsível e cujas acções se encontram interconectadas a tal ponto que a acção de um agente modifica o contexto para os outros agentes (Ferrão e Biscaia, 2006).

Assim sendo, a questão central que se coloca às organizações, nomeadamente as de saúde, é a de saber como se pode gerir o inesperado. Um caminho possível consiste em identificar características das organizações altamente fiáveis (*High Reliability Organizations*) que mantêm um desempenho fiável, apesar das constantes exposições ao inesperado, desenvolvendo e mantendo uma inteligência atenta e activa individual e colectivamente assumida (Weick, 2001 cit. por Fragata e Martins, 2008). Esta inteligência activa traduz a

qualidade, mas também a conservação da atenção, o modo como as pessoas actuam, notificam e como o fazem, no que respeita aos incidentes que ocorrem (Fragata e Martins, 2008). No que respeita à ocorrência e reporte de falhas e erros, as organizações fiáveis fomentam o conceito de cooperação concedem *empowerment* aos seus profissionais, tentando quebrar as hierarquias rígidas e estáveis, demasiado inflexíveis para tempos de mudança e inovação (Fragata e Martins, 2008).

Desta forma, é numa estrutura organizada e interactiva que se conseguem os melhores resultados em termos de qualidade dos serviços prestados. Sendo que, nas organizações de saúde, a *workforce* se apresenta na linha directa de prestação de cuidados de saúde, é da responsabilidade dos líderes, executivos e administradores não executivos, o desempenho de um papel de liderança em matéria de segurança que promova o conhecimento dos factores humanos dentro da sua organização. Uma liderança de alto nível deve englobar dois temas-chave (desenvolvidos nos pontos 6.1. e 6.2. apresentados de seguida):

- Desenvolvimento de uma cultura de segurança e
- Incorporação de formação organizacional em factores humanos na área da saúde (UK. CHFG, 2009).

6.1. DESENVOLVIMENTO DE UMA CULTURA DE SEGURANÇA

Segundo a mesma fonte, o desenvolvimento de uma cultura de segurança é, actualmente, uma necessidade nas organizações de saúde. Tal como nos apresenta um artigo de HSE – *Reducing error and influencing behaviour* – cada grupo de pessoas desenvolve uma cultura, sendo esta compartilhada de atitudes, crenças e comportamentos. Numa organização orientada por princípios de boas práticas e boas linhas orientadoras, a qualidade e a segurança são aspectos considerados primordiais. Todos os elementos devem partilhar a percepção exacta dos riscos e adoptar atitudes positivas perante o desempenho a realizar. Dedicção e motivação são duas dessas atitudes cruciais na maneira de liderar e, de ser liderado, de um grupo de profissionais. Alguns aspectos fundamentais de uma cultura eficaz devem incluir: comunicação eficaz e boas formas de informar e consultar os trabalhadores – assertividade e respeito -; reconhecimento pelo trabalho desenvolvido por cada elemento; envolvimento e oportunidade de opinião de todos os colaboradores na tomada de decisão; cooperação entre os funcionários e oportunidade de formação e desenvolvimento profissional de qualidade (UK. HSE, 1999).

6.1.1. CONSTRUINDO UMA CULTURA DE SEGURANÇA: PRINCIPAIS ELEMENTOS

Uma cultura de segurança deve ser uma cultura aberta, onde o pessoal se sinta à vontade para discutir questões, fazer sugestões e planejar estratégias de promoção de qualidade e segurança. A partilha de experiências e de conhecimentos acaba por ser uma mais-valia em qualquer organização, pois cada elemento, de uma forma ou de outra, acrescenta sempre algo de novo ao que é pré-existente. Não só assim é garantida a igualdade de opinião e oportunidade de manifestação, como fomentado o sentimento de comunicação, abertura e diálogo, fundamental para o funcionamento de qualquer organização de saúde.

Uma cultura deve ainda ser justa e equitativa. Sem que haja um sentido de culpabilização aquando da ocorrência de erro ou acidente, a promoção de uma cultura de justiça para todos os elementos despoleta sentimentos de igualdade e aceitação por parte dos elementos da equipa.

Relacionado com o ponto anterior encontra-se a necessidade de desenvolver uma cultura que fomente o reporte do erro e o reconhecimento de erro. Trata-se de incentivar o reporte de situações inesperadas, em que se pretenda aprender com esse erro, no lugar de culpabilizar e punir o indivíduo em questão. Desta forma, não só é garantido o conhecimento de situações adversas, como antecipadas possíveis complicações para o doente. É evidente que uma cultura organizacional aberta e justa, promove junto dos elementos a propensão para relatar os incidentes e partilhar preocupações e experiências. Isto é indicativo de uma cultura de comunicação eficiente.

Por fim, e tal como já foi referido anteriormente, é fundamental o estabelecimento de uma cultura de aprendizagem em detrimento da culpabilização em redor de toda a questão do erro, pretendendo-se que nas organizações de saúde, se fomente a importância de formação e treino, constituindo-se oportunidades de aprendizagem para novas técnicas e procedimentos, compatibilizando o treino com a necessidade de reduzir ao máximo a possibilidade de erro. A divulgação dos erros não tem como objectivo reunir provas para formalizar a acusação, mas sim aprender com os erros, difundir essa informação e introduzir mudanças no sistema e nas práticas de forma a evitar que os mesmos se repitam no futuro (Sousa, 2006).

6.2. INCORPORAÇÃO DE FORMAÇÃO ORGANIZACIONAL EM FACTORES HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE

Tal como já foi referido anteriormente, esta temática dos factores humanos e o seu impacto na prestação de cuidados de saúde é bastante recente e por isso ainda carente de estudo e investigação. A incorporação de formação em factores humanos na área da saúde, para profissionais constituintes de equipas de saúde, é extremamente importante, pois apesar de estes serem geralmente treinados em aspectos técnicos da sua actividade profissional, normalmente não recebem formação em factores humanos e da sua importância no seu desempenho. Uma solução que poderia fazer sentido seria a introdução desta temática a nível académico básico, desde logo na licenciatura, para que os futuros profissionais de saúde comesçassem desde cedo a identificar estes factores e a reconhecer a sua real importância.

Assim, a falta de atenção à formação de competências não técnicas é uma realidade. Literatura de pesquisa e relatórios acerca de incidentes graves documentam relatos de lacunas em exemplos de liderança, consciência situacional, comunicação, coordenação e falhas de trabalho em equipa.

III. METODOLOGIA

1. AS FASES DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO, SEGUNDO FORTIN (1999)

A fase conceptual de um projecto de investigação inicia-se quando um investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. Para chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo, é necessária uma revisão da literatura que fornecerá ao investigador uma compreensão dos textos existentes, situando através dela o seu domínio de investigação no contexto dos conhecimentos actuais (Fortin, 1999). A leitura de trabalhos anteriores permite igualmente, delimitar um quadro conceptual ou teórico que forneça uma perspectiva ao estudo. Esta fase é verdadeiramente crucial no desenho de um projecto, na medida em que fornece à investigação as suas bases, a sua perspectiva e a sua força (Fortin, 1999).

Segundo esta mesma autora, o processo de investigação comporta três fases principais:

1. Fase conceptual, em que se pretende escolher e formular um problema de investigação; rever a literatura pertinente, elaborar um quadro de referência e enunciar o objectivo, as questões de investigação ou as hipóteses.
2. Fase metodológica, em que é previsto escolher um desenho de investigação; definir a população e a amostra; definir as variáveis e escolher os métodos de colheita e análise dos dados.
3. Fase empírica, por último, que envolve a colheita dos dados; análise dos dados; a interpretação e a comunicação dos mesmos.

Apesar do processo de investigação implicar as três fase acima mencionadas, sendo o presente trabalho um projecto de investigação, apenas se trabalhará as duas fases iniciais do processo de investigação: a fase conceptual, desenvolvida no capítulo II denominado pelo estado de arte, e a fase metodológica, que se apresenta de seguida.

A fase metodológica é, de acordo com Fortin (1999), a fase em que o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação previamente identificadas. É, portanto, necessário escolher um desenho de estudo apropriado ao objectivo final do trabalho de investigação.

1.1. O MÉTODO – REVISÃO DA LITERATURA

Existem diversos factores responsáveis pela escolha do método de investigação, que o investigador deve considerar. No presente trabalho, a começar pela escolha do tema, que sendo um tema inovador e em desenvolvimento em Portugal, implica uma investigação de conhecimento do que já existe e de evidências já publicadas. Face às condicionantes de tempo, recursos e colaboração à investigação, a realização de uma revisão da literatura acerca da temática dos factores humanos associados à segurança em cuidados de saúde, pode ser o início do desenvolvimento de um estudo aprofundado em torno desta problemática.

Considera-se adequada a realização de revisão da literatura, pois actualmente, assiste-se a uma explosão da produção científica e literária na área da saúde, uma imensa expansão de informação ao acesso de todo e qualquer utilizador de tecnologias de informação, investigador ou não. A quantidade de informação científica é cada vez maior e em permanente crescimento. Daí a importância de ser reunida, organizada, quantitativamente mensurável e criticamente avaliada (Ramalho, 2005).

Através de uma revisão da literatura objectiva, reprodutível e eficiente, onde se procurou identificar informação recente e actual acerca da problemática, relacionando ideias e teorias com a prática, proporcionou-se o desenvolvimento de conhecimentos acerca do estado de arte relativamente ao assunto deste trabalho.

Tal como afirma Anabela Ramalho na sua obra *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise* (2005), revisão da literatura é um termo genérico usado para definir qualquer tentativa de sintetizar resultados de duas ou mais publicações sobre o mesmo tema. A autora acrescenta que se trata de um estudo secundário que de forma metódica e organizada reúne uma grande quantidade de resultados de pesquisas relevantes, permitindo a explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investiguem uma determinada questão.

A revisão da literatura permite ainda identificar lacunas de evidência científica e gerar novas perguntas de investigação. Vários autores são da opinião que a revisão da literatura é o primeiro passo para uma tese de Doutoramento e a melhor maneira de iniciar qualquer trabalho de investigação (Hart, 2003 e Griffith, 2004 cit. por Ramalho 2005).

Considerando o presente projecto de investigação, face à questão inicialmente identificada acerca do valor do impacto dos factores humanos na segurança em cuidados de saúde, a revisão da literatura surge como o método eleito e mais adequado perante a

disponibilidade de bibliografia existente acerca de temática, pretendo-se realizar uma revisão dessa mesma bibliografia, permitindo identificar, seleccionar, avaliar e analisar criticamente dados de estudos primários, já existentes (Richards, 2004 cit. por Ramalho 2005).

As revisões da literatura, tornaram-se, actualmente, instrumentos essenciais para quem procura acompanhar a evidência mais recente acumulada no seu ramo de interesse. Estas revisões bibliográficas proporcionam ainda a identificação de áreas em que a evidência científica existente é insuficiente e são necessários mais estudos (Marques et al, 1994 cit. por Ramalho 2005). Face ao volume de informação existente nas bases de dados e disponíveis à pesquisa de qualquer investigador, torna-se importante a procura de métodos formais de compilar estudos de uma forma sistemática, de forma a produzir sumários dos efeitos das intervenções claramente formulados, reproduzíveis e actualizados (Marques et al, 1994 cit. por Ramalho 2005). Galvão et al (2004) afirma que a revisão da literatura é um recurso importante da prática baseada em evidências, que consiste numa forma de síntese dos resultados da pesquisa relacionados com um problema específico.

Neste sentido, a revisão da literatura define-se como sendo uma síntese concisa da melhor evidência disponível, que aborda questões cuidadosamente elaboradas. São utilizados métodos rigorosos e explícitos para identificar, criticar, e sintetizar estudos relevantes, procurando agregar e examinar toda a evidência da melhor qualidade respeitante à questão formulada (Marques et al, 1994 cit. por Ramalho 2005). Uma revisão da literatura pode incluir ou não uma metanálise, que consiste numa análise estatística de um conjunto de resultados analíticos de estudos independentes, visando a obtenção de uma estimativa única do efeito. (Marques et al, 1994 cit. por Ramalho 2005).

Assim sendo, as revisões de literatura são consideradas projectos de investigação em si mesmas: a questão colocada para revisão é concisa e focada, a amostra é constituída por artigos originais de investigação, são utilizados processos rigorosos e reproduzíveis de pesquisa para a recolha dos mesmos, que são seleccionados de acordo com critérios específicos e classificados quanto à sua qualidade (Marques et al, 1994 cit. por Ramalho 2005). Em jeito de conclusão, a revisão da literatura é considerada, tal como refere Lima (2000), *uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objectiva e reproduzível, por meio de método científico. Tem como princípios gerais a exaustão na busca dos estudos analisados, a selecção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica (...)* (Lima, 2000 cit. por Galvão, 2004 p.550). Esta definição resulta como descrição da metodologia utilizada neste trabalho de projecto.

Após a identificação da questão de investigação, o passo seguinte consiste na pesquisa de artigos originais existentes na literatura referentes a estudos e que vão ao encontro a temática em investigação.

Tal como refere Lúcia Santos (Mestre em Saúde Pública) no seu artigo *Análise e tratamento de informação* (2008), o recurso a técnicas de pesquisa bibliográfica, em bases de dados electrónicas, é um requisito fundamental no âmbito de um trabalho de revisão da literatura científica.

A mesma autora refere que actualmente existem numerosas bases de dados, electrónicas, que nos permitem aceder, com grande rapidez e facilidade, a um conjunto de referências bibliográficas de interesse e, em alguns casos, ao texto integral dos trabalhos publicados. É importante realçar que o factor que, provavelmente, mais determinará o sucesso da pesquisa é a capacidade do investigador em delimitar o conteúdo pretendido, bem como em identificar uma, ou um conjunto de palavras-chave, que permitam que a resposta nos forneça toda a informação de relevo publicada sobre o tema. Um trabalho de revisão da literatura científica assenta, fundamentalmente, na pesquisa em bases de dados electrónicas, sublinhando-se a necessidade de um correcto enquadramento teórico e uma correcta definição conceptual do problema, enquanto pontos prévios que determinam a eficiência da pesquisa (Santos, 2008).

Contextualizando o que foi anteriormente referido, com a realização do presente trabalho, será apresentar a metodologia que foi desenvolvida na consecução da referida revisão da literatura.

Para desenvolver conhecimento e investigação em torno da problemática de estudo, mais concretamente, o valor do impacto dos factores humanos na segurança em cuidados de saúde, foi realizada uma pesquisa em bases de dados electrónicas e reconhecidas na área das ciências da saúde, de modo a identificar quais os factores humanos que estão na base da actual prestação de cuidados de saúde e desempenho dos profissionais de saúde, com reflexo *a posteriori* no bem-estar e segurança do doente. Foram utilizadas as bases de dados: *PubMed* (MeSH) e *B-On* (meta-pesquisa), com o cruzamento de vários conceitos de pesquisa: *healthcare*, *human and behavioural factors*, *patient safety* e *safety management*. Para além destas duas importantes bases de dados, foram ainda consultados dois sites relacionados com a problemática em estudo: <http://www.hse.gov.uk> (Health and Safety Executive) e <http://www.chfg.org> (Clinical Human Factors Group). Desta forma, e sendo este trabalho o desenvolvimento de um projecto de investigação, procedeu-se numa fase inicial a uma revisão da evidência científica já produzida e disponível, no âmbito do assunto em estudo. Foi

realizada, entre os meses de Janeiro a Abril, uma pesquisa de dados *on-line*, com utilização dos termos de busca sem limitações em termos de campos de pesquisa, tendo-se utilizado, maioritariamente, a língua inglesa, cujas expressões de busca utilizadas foram as seguintes: *[health care]* and *[human factors]* and *[patient safety]*.

Os resultados encontrados nas diversas bases consultadas foram um número alargado de artigos, tendo-se optado pela inclusão de artigos que, por si só, já constituíssem uma revisão da literatura acerca da temática, sendo a redução de número de artigos significativa - de cerca de 348 artigos para 91 artigos, na base de dados *PubMed* e de cerca de 440 artigos para 56 artigos, na base de dados *B-On*.

Após a revisão da literatura (tal como já foi referido anteriormente), com o recurso à bibliografia seleccionada, agrupou-se os factores humanos mais frequentemente mencionados como condicionantes da segurança na prestação de cuidados de saúde. Após a leitura de cada um dos artigos com a finalidade de se identificar e seleccionar os achados essenciais de cada estudo, seguiu-se a análise, interpretação e elaboração de tabelas conclusivas acerca dos resultados encontrados, face ao objectivo estabelecido.

2. FORMAÇÃO DA 'AMOSTRA'

No decurso da fase de conceptualização de um trabalho de investigação, após a formulação do problema de investigação e estabelecido o quadro de referência que servirá como base do estudo, é necessária a identificação da amostragem, como procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com o fenómeno em investigação (Fortin, 1999). Segundo a mesma autora, uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. A amostra é um subconjunto de uma população, devendo ser representativa desta, ou seja, visando as características desta população. Estabelecidos os critérios de selecção para a população, estes são guias importantes para a escolha possível dos elementos de amostragem. Geralmente associa-se ao conceito de amostra o número de elementos seleccionados para um estudo, como por exemplo: o número de enfermeiros de um serviço; o número de doentes numa unidade de cuidados intensivos; etc. Durante a revisão da literatura, foi encontrado este termo associado ao número de artigos e documentos, também eles constantes de uma revisão da literatura. É o investigador Joaquim Paulo Oliveira, no seu trabalho *A vivência da Dimensão Espiritual no Cuidar Transpessoal da Pessoa em situação de Doença Crónica – Contribuição para uma revisão*

sistemática da Literatura (2006), que adopta esta denominação, onde acaba por enunciar de amostra potencial os documentos seleccionados e de amostra bibliográfica (significativamente menor) que resultaram da aplicação dos critérios de exclusão.

À semelhança do que foi feito por este investigador, a amostra potencial do presente trabalho fora constituída por 34 documentos, que, através da leitura do título, do resumo e – quando possível – do texto integral, foi submetida a uma selecção, em primeiro lugar eliminando-se artigos repetidos e, logo após, aplicando-se os critérios de inclusão. Segundo Ramalho (2005), há critérios precisos para a selecção de estudos a incluir numa revisão da literatura, que são ingredientes indispensáveis na formulação da pergunta de investigação e posterior análise e pesquisa de literatura. Os critérios de selecção identificados no presente trabalho e que permitiram uma redução significativa no número de pesquisas bibliográficas, encontram-se resumidos na **Tabela 1**. (critérios de inclusão e exclusão do estudo).

Deste processo resultou uma amostra bibliográfica de 22 documentos, tendo sido sobre este número de artigos que foi realizada a redacção do estado de arte e também a análise exhaustiva de artigos, que compõem a revisão da literatura.

A maioria das exclusões ficou-se a dever à selecção pelo motor de busca através da criação de filtros que assegurem a pertinência em relação à questão em estudo.

Critérios de Selecção	Critérios de Inclusão
Língua	- Português (incluindo o Português Brasileiro) - Inglês
Ano de Publicação	Documentação com data de publicação de 2000 e/ou anos seguintes
Participantes	Indivíduos directamente na linha directa de prestação de cuidados de saúde (nomeadamente médicos, enfermeiros)
Desenho	Abordagens qualitativas de investigação
Intervenção	Estudo do impacto dos factores humanos na segurança em cuidados de saúde, na perspectiva dos profissionais e colaboradores directamente relacionados na prestação de cuidados

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão do estudo.

A maior parte dos 788 artigos identificados pela presente pesquisa aborda a temática dos factores humanos e a prestação de cuidados de saúde.

Dos 147 artigos, cujo resumo ou título indicaram que poderiam ser considerados de acordo com os termos chave e com a questão em estudo, após a submissão aos critérios de selecção, foi um número amplamente reduzido para 34, sendo esses lidos e analisados. Esta exclusão de um grande número de artigos deveu-se ao facto da especificidade da área de investigação (segurança em cuidados de saúde na área da prestação directa de cuidados, como a área da enfermagem ou da especialidade cirúrgica: bloco operatório).

Reduzida a pesquisa bibliográfica para 34 artigos, a selecção concluiu-se nos 22 artigos analisados e estudados, que vão realmente ao encontro da problemática e identificada e que abordam os conceitos-chave pré-estabelecidos neste projecto de investigação.

Após leitura e análise de cada um dos artigos, elaborou-se uma tabela de variáveis e indicadores associados a cada uma dessas variáveis, que procuram explicar a relação entre os factores humanos e a segurança em cuidados de saúde (**Tabela 2.**).

VARIÁVEIS	INDICADORES
Conhecimento e aumento de carga de trabalho (físico e mental)	<ul style="list-style-type: none">- Depressão- <i>Burnout</i>- Exaustão emocional (<i>work related</i>)- Satisfação profissional- Aumento remuneração
Ambiente físico envolvente: distrações; <i>stress</i> ; luminosidade e parâmetros de organização	<ul style="list-style-type: none">- Depressão- <i>Burnout</i>- Ambiente saudável no trabalho- Pressão emocional- Sentimentos negativos
Exigências físicas: cansaço físico e exigências superiores às capacidades	<ul style="list-style-type: none">- Depressão- <i>Burnout</i>
Conhecimento; formação e desenvolvimento pessoal e profissional	<ul style="list-style-type: none">- Inexperiência profissional- Uso de tecnologia- Inovação- Competências técnicas e não técnicas- Flexibilidade- Autonomia- Criatividade- Habilidades e competências profissionais- Atitude- Oportunidades
Trabalho de equipa: <i>briefing</i> ; <i>debriefing</i> e <i>feedback</i>	<ul style="list-style-type: none">- Empatia- <i>Situation Awareness</i>- <i>Poor decision making</i>- Confiança- Oportunidade de opinião e sugestão

	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptação mudança - Envolvimento de todos os intervenientes no processo - Espírito de coesão - Pressão emocional
Comunicação e partilha de informação	<ul style="list-style-type: none"> - Experiências emocionais e estilos de <i>coping</i> - Tomada de decisão - Confiança
Liderança	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação profissional - Respeito - Reconhecimento - Uso de tecnologia - Pró-actividade - Inovação - Confiança - Recompensa - Garantia do nível emocional - Inteligência emocional - Valorização da qualidade de vida e bem-estar - Assertividade - Cultura de não culpabilização - Forte suporte organizacional e de gestão - Novas formas de aprendizagem nas organizações – <i>Organizações que aprendem</i> - Tomada de decisão - Resolução de problemas - Gestão de conflitos
Cultura de segurança e de aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos de falhanço - Medo de represálias - Autoquestionamento - Satisfação profissional - Respeito - Reconhecimento - Confiança - Ambiente saudável no trabalho - Competências técnicas e não técnicas - Oportunidade de opinião e sugestão - Recompensa - Garantia do nível emocional - <i>Empowerment</i> - <i>Accountability</i> - Human factors engineering (HFE)

Tabela 2. Variáveis e indicadores do estudo.

IV. REVISÃO DA LITERATURA

1. ANÁLISE DA AMOSTRA²

1.1. *The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability.* (2008)

SCHWAPPACH, D.; BOLUARTE, T.
Swiss Medical Weekly

Após a leitura deste artigo, conclui-se que os autores defendem o comportamento emocional de uma organização de saúde, como um aspecto fundamental no seu bem-estar organizacional. A cultura de segurança surge associada a conceitos de *empowerment* e *performance* dos profissionais motivados, cujas oportunidades de crescimento, desenvolvimento e valorização profissional se reflecte na actuação diária dos diversos colaboradores, com impacto directo na qualidade dos cuidados prestados e segurança do doente.

Neste artigo, e pela primeira vez na pesquisa bibliográfica, são referenciados os profissionais de saúde, como 'vítimas' envolvidas no processo do erro, *second victims*, sendo apontadas como principais causas de erros, pelos profissionais o cansaço e o excesso de trabalho.

Defendem também que em organizações que proporcionam apoio e suporte aos profissionais quando ocorrem erros, fomentando uma cultura de aprendizagem, em detrimento de uma cultura de culpabilização, acaba por se verificar uma reafirmação profissional e um empenho do profissional em melhorar e aprender com o sucedido.

Neste artigo, é realizado um levantamento das reacções mais comuns, por parte de profissionais, nomeadamente médicos, quando são reportados erros: *distress*, culpabilização, confusão, medo, remorso, sentimento de falha, depressão, revolta, vergonha e sentimentos de incompetência que podem persistir por algum tempo. Em qualquer organização de saúde, a segurança do doente e a gestão de risco estão intimamente relacionadas, e se os factores, acima mencionados, acompanham a actuação dos profissionais, então vai, muito provavelmente, reflectir-se num empobrecimento de *outcomes* (relativamente à prestação directa de cuidados aos utentes) e num aumento de descontentamento e *emocional distress* nos

² NOTA: Para referência completa dos artigos incluídos na amostra e analisados no presente capítulo, ver o capítulo VI. Referências Bibliográficas.

profissionais. Os estudos estatísticos comprovam esta teoria e os números são evidentes: na ocorrência de erro, existe um aumento de 61% de ansiedade, relativamente a erros futuros; 44% de perda de confiança, por parte dos profissionais; 42% de dificuldade em dormir por sentimentos de culpa, vergonha e “peso na consciência”; diminuição de 42% de satisfação no trabalho e 13% referente ao receio de represálias e julgamentos de que os profissionais possam ser vítimas. Consequentemente e em acumulação, estes factores condicionam a qualidade de vida dos envolvidos, aumentam a probabilidade de *burn-out* e desmotivação profissional e aumentam a probabilidade de depressão no profissional, conduzindo, ao que os autores referem como *suboptimal patient care and higher odds for future errors*. Este estudo prova ainda que a depressão está intimamente relacionada com erros medicamentosos, apresentando como exemplo os médicos pediatras depressivos que cometem até 6 vezes mais erros do que os que não estão depressivos.

Desta forma, e como referem os profissionais envolvidos neste estudo, para que sejam capazes de lidar e ultrapassar eventuais situações de ocorrência de erro, torna-se necessário um sistema de suporte e apoio na repercussão do erro. Referem que através de partilha de experiências com colegas, conversando e ouvindo, interagindo com os pares e supervisores no sentido de serem obtidas conclusões construtivas, conseguem lidar com situações stressantes, que de outra forma prejudicariam o seu desempenho.

Um outro estudo referido neste artigo (estudo de Waterman et al, 2008) apresenta que 90% dos médicos defendem que as organizações de saúde não apresentam um sistema de apoio e suporte adequado para lidar com situações de stress nos profissionais associado a situações de erro.

É urgente o desenvolvimento de organizações emocionalmente inteligentes, com mudanças construtivas na cultura de notificação de erro, cultura essa que deve ser orientada por princípios de comunicação, partilha de informação, *feedback*, atitudes positivas e não discriminativas ou punitivas, proporcionando oportunidades de aprendizagem, educação e formação.

Em suma, ‘combater’ as barreiras à implementação de uma cultura de segurança (falta de tempo, excesso de trabalho, falta de comunicação organizacional), com a adopção de estratégias que promovam a introdução de princípios de segurança, que garantam uma ‘imunidade’ e protecção para quem notifica a ocorrência de erro e que proporcionem suporte emocional aos profissionais (*caring for the caregiver*).

Um outro autor citado neste artigo (Cohen, 2004) refere a importância da implementação de uma cultura de mudança nas organizações de saúde, pautadas por uma

visão de compreensão e aprendizagem, com modelos pro-activos, capazes de lidar com múltiplas *second victims*.

1.2. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents – What can be done? (2003)

BIAGGI, P.; PETER, S.; ULICH, E.
Swiss Medical Weekly

O principal objectivo deste estudo pretende a investigação dos principais agentes indutores de *stress* nos profissionais de saúde, nomeadamente médicos, e as suas consequências, bem como as possibilidades de resolução e melhoria desta realidade.

Mais uma vez são reconhecidos grandes défices na promoção da qualidade da saúde e na segurança do doente, défices esses relacionados com o excesso de trabalho para os profissionais prestadores de cuidados, falta de perspectivas futuras relacionadas com a carreira e desenvolvimento profissional e falhas no sistema de gestão e liderança organizacional.

Num aspecto comum à grande maioria dos artigos consultados, o excesso de trabalho e a exaustão emocional associada é tida como uma das consequências directas e, por isso, mais graves na prestação de cuidados ao doente, podendo resultar, em casos mais extremos, na aversão ao atendimento de doentes pelos profissionais. Três soluções enunciadas na tentativa de resolução deste problema: 1. redução da intensidade e quantidade de trabalho (pela admissão de mais profissionais e redução da carga horária laboral); 2. mudança no estilo de liderança e gestão organizacional; 3. desenvolvimento de novos modelos de trabalho.

Este artigo propõe um modelo (*Model of the effects of stressors-resources-strains*), através do qual se pretende relacionar e perceber qual a dinâmica envolvente entre os factores indutores de *stress* nos profissionais, os recursos (externos e internos que potenciam esses factores) e quais as consequências dessa potenciação. Como factores indutores de *stress* entendem-se os factores externos ao indivíduo, mas que actuam e influenciam a pessoa; recursos externos (relacionados com o trabalho), como apoio organizacional, das chefias e restantes colegas, oportunidade de manifestação, tomada de decisão e opinião; recursos internos (inerentes ao indivíduo), são, por exemplo, as qualificações profissionais, competências técnicas e sociais e mecanismos de *coping*; finalmente, as consequências que resultam em sentimentos de aversão, *burn-out*, exaustão emocional, despersonalização, baixo

rendimento e capacidade de produção reduzida. Estas consequências, que podem ser de foro físico, mental ou emocional, condicionam e afectam, quase na totalidade das vezes, a eficiência e produtividade laboral do profissional em questão, comprometendo seriamente a satisfação do indivíduo no trabalho.

Citando este artigo, são apresentadas as dez mais importantes expectativas relativamente ao trabalho e os dez mais importantes défices *work-related*, ambas as dimensões referidas por parte da *workforce*:

	Dez mais importantes expectativas no trabalho	Dez mais relevantes défices no trabalho
1.	Boa relação com os colegas	Falta de tempo livre
2.	Oportunidades de aprendizagem	Escassas perspectivas profissionais futuras
3.	Tarefas e actividades de interesse	Gestão ineficaz
4.	Empatia com os superiores	Fraco feedback de desempenho
5.	Perspectivas profissionais futuras	Reduzidas oportunidade de opinião e tomada de decisão
6.	<i>Feedback</i> de desempenho adequado	Fraca cultura de aprendizagem e tolerância
7.	Cultura de aprendizagem e tolerância	Salário pouco atractivo
8.	Gestão eficaz	Horário de trabalho pouco flexivo
9.	Trabalho em equipa	Reduzida autonomia
10.	Oportunidade de opinião e tomada de decisão	Reduzidas oportunidades de aprendizagem

Com a análise destes parâmetros, é curioso verificar que aqueles aspectos que são tidos como os mais expectantes e desejados, são os mesmos classificados como os mais deficitários e/ou inexistentes num clima organizacional. Pode-se, assim, considerar estes vinte parágrafos como uma boa enunciação de aspectos que devem ser valorizados e promovidos no seio de uma organização inteligente, que valoriza os seus colaboradores numa perspectiva holística e completa, atendendo a todos os seus componentes caracterizadores, sejam eles técnicos, cognitivos, emocionais e relacionais. Um indivíduo deve ser considerado na sua totalidade, não devendo ser exigido apenas trabalho físico e resultados, sem que se considere o conjunto de factores intrínsecos à actividade prestada, factores esses fundamentais no desempenho e satisfação profissional.

Em jeito de conclusão, é possível relacionar a exaustão emocional, a aversão ao doente, a irritabilidade e revolta com estilos de liderança inapropriados, tipos de gestão ineficazes, culturas organizacionais que se distanciam do que é ideal e más condições de trabalho. Actualmente, e embora se reconheça que esta realidade é preocupante e mandatária de uma actuação urgente, as nossas organizações de saúde atingiram valores críticos e reconhecidos pelas equipas de gestão e chefias superiores. É do conhecimento das administrações as condições em que os profissionais trabalham e quais as consequências que advêm dessa relação. No entanto, as respostas continuam sem surgir. Na tentativa de solucionar estas dificuldades, têm sido sugeridas melhorias relativamente à redução da intensidade de trabalho (com separação das tarefas que são médicas das que não são, por exemplo, tarefas burocráticas) e carga horária; mudança de estilos de liderança e gestão, que percebiam exactamente em que estado trabalham os profissionais das organizações que lideram e quais os impactos desse estado na saúde pública em geral; e o desenvolvimento de novos modelos de trabalho, com recurso a suportes informáticos e actividades de monitorização e controlo do erro. É importante a definição de estratégias para promover o bom ambiente laboral e a satisfação dos profissionais; promoção de oportunidades de formação e educação, crescimento e desenvolvimento profissional, mas acima de tudo, reconhecimento profissional e comunicação entre as diferentes estratificações hierárquicas da organização. Surge ainda a referência à necessidade de uma cultura de abertura e tolerância, de apoio social, flexibilidade e autonomia. Por fim, mas igualmente importante, o ajustamento salarial, como reconhecimento do desempenho dos profissionais e pelas especificidades de que estas profissões são alvo. São profissões de risco, com condições de trabalho específicas e particulares, como por exemplo o trabalho por turnos e fins-de-semana, feriados e épocas festivas, a carga física tremendamente exigente e o *know-how* que é obrigatório. Para além da responsabilização profissional que é lidar com a vida humana.

Quando se investiga esta temática do ‘erro médico’ e da ‘segurança do doente’, a área cirúrgica e o serviço de bloco operatório, são dois exemplos muito frequentes no estudo da ocorrência de erros. As cirurgias, devido à alta tecnologia que actualmente envolvem e pela complexidade de actividades que desenvolvem; os blocos operatórios, não só pelos aspectos humanos, como o desempenho individual e de grupo dos profissionais envolvidos neste tipo de organizações interdisciplinares complexas (Schaefer, 1995 e Cook, 1996 cit. por Fragata e Martins, 2008). Por esta razão, grande parte dos estudos em torno desta temática focam a equipa cirúrgica, nomeadamente cirurgiões e a dinâmica do bloco operatório.

Definindo a organização do bloco operatório, esta é complexa e representa o ponto de intercepção de diversos grupos profissionais, com necessidades e agendas diferentes – cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e técnicos, com níveis hierárquicos e de competências diferentes, apoiados por estruturas de apoio, como por exemplo os laboratórios ou os serviços de sangue e que interagem durante as fases pré, intra e pós-operatórias, para realizar uma tarefa bem definida – a realização de uma intervenção cirúrgica. É nesta atmosfera, muito complexa, onde o *stress* é frequente e a fadiga ainda mais comum, que se desenvolve a actividade profissional de cada um dos técnicos, enquadrada no desenho do sistema e numa interacção constante com máquinas (Fragata e Martins, 2008).

Compreendida a complexidade característica dos blocos operatórios, os factores mais frequentes em jogo na génese de erro associado a esta actividade, são – o factor humano, o desenho do sistema como as suas falhas latentes e ainda os factores que se prendem com o desempenho humano, em termos globais. Neste estudo, é de interesse os factores humanos, que a partir de meados dos anos 90 foram alvo de um crescente interesse, como aspecto indissociável na avaliação do desempenho e do erro. Este movimento foi introduzido pelas análises pioneiras de Gaba, no campo da anestesiologia (Gaba, 1994), e abriu caminho a inúmeras investigações sobre o papel dos “factores humanos” no desempenho profissional em geral e na génese do erro em particular.

1.3. *Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre* (2006)

FLIN, R.; YULE, S.; MCKENZIE, L.; PATERSON-BROWN, S.; MARAN, N.
The Royall Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland

Este artigo apresenta um questionário que permite avaliar as ‘atitudes de gestão’ (numa tradução à letra de *management attitudes*). Atitudes como liderança, trabalho em equipa, predisposição para o erro, *stress*/fadiga que afectam o trabalho efectivo das equipas e a segurança do doente. Atitudes e comportamentos positivos são considerados fundamentais na vulnerabilidade pessoal ao *stress* e fadiga; na visão sobre a qualidade de liderança e comunicação organizacional e na notificação e reconhecimento do erro humano.

É ainda defendido que, a par com as competências técnicas (*technical skills*) devem estar as competências ‘não técnicas’ (*non technical skills*), como sendo as competências sociais, comunicacionais e relacionais, de que são exemplo: capacidade de liderança, tomada de decisão, coordenação de equipas e assertividade. Estas competências ‘não técnicas’ são profundamente importantes na manutenção de uma cultura de segurança numa organização

de saúde, nomeadamente em serviços como o bloco operatório. Gidding (2001) defende que existem fortes indícios que o comportamento pode ser modificado para nos tornar mais capazes de trabalhar com os outros de forma a aumentar a segurança e eficiência da prestação de serviços realizada. Esta modificação, ou então esta moldagem de comportamentos e atitudes num serviço, só poderá ser realmente conseguida através de uma liderança exemplar, com líderes ressonantes, detentores de conhecimentos actuais e inovadores, capazes de comunicar e demonstrarem-se assertivos e justos. Devem ser exemplos ou modelos para os seus colaboradores, do que pretendem conseguir naquele ambiente de trabalho.

Mais uma vez, é referido neste artigo que interrupções e falhas no trabalho em equipa, liderança ou disfunções comunicacionais, bem como reduzida sensibilidade para a detecção do erro, avaliação de situações de risco e tomadas de decisão empobrecidas, afectam o desempenho dos profissionais e condicionam, claramente, os *outcomes* para os utentes. Está demonstrado que as competências 'não técnicas', quando tidas como parte integral da estrutura organizativa, resulta em níveis bastante elevados de desempenho por parte dos profissionais.

O questionário referido acima (*Operating Theatre Management Attitudes*) é composto por diversas secções, com avaliação de atitudes, através da aplicação da escala de Likert. As dimensões a serem avaliadas, com as respectivas temáticas associadas são:

1. *Operating Theatre Management Attitudes*: estilos de liderança que confirmam confiança e boas linhas orientadoras para os profissionais; partilha de informação; estratégias de gestão do *stress* e da fadiga; trabalho em equipa; identificação dos valores do trabalho, em clima organizacional e abordagens relativamente ao erro.
2. Trabalho em equipa: valorização do trabalho em equipa e reconhecimento do trabalho multidisciplinar.
3. Erro: cultura de aprendizagem através do erro e da sua notificação (sem fins punitivos) e sugestões de melhoria, quer relacionadas com a eficiência do trabalho, quer com a satisfação dos profissionais.
4. Priorização: estabelecimento de objectivos.
5. Liderança: identificação do estilo de liderança que se enquadra com a dinâmica organizacional e tomada de decisão: líder autocrático, participativo, democrático ou *laissez-faire*.

Em ambientes complexos e dinâmicos, quer sejam as próprias organizações de saúde, na sua generalidade, quer o serviço de bloco operatório, em particular, devem ser

promovidas estratégias organizacionais que promovam o bom ambiente de trabalho, a segurança do doente e dos profissionais e a eficiência dos resultados. As sugestões apontadas reafirmam a necessidade de boas composições entre as equipas, cujos elementos interajam com confiança, camaradagem e boas vias de comunicação. A gestão do tempo/cargas horárias e ainda o tempo de integração de elementos mais novos, ou elementos que precisem de mais treino são outras sugestões apresentadas. No final, é exigida uma liderança que dê apoio, boas orientações e que participe numa actuação de excelência e reconhecimento de bom trabalho, com fim primordial, a segurança e o bem-estar do utente. São realçadas as competências 'não técnicas' como factores promotores de motivação e adopção de comportamentos favorecedores de uma atmosfera de união e elevados níveis de desempenho.

A comunicação acaba por ser o grande ponto focado neste artigo, como estratégia e resposta a uma tentativa urgente de bom ambiente de trabalho, onde haja diálogo, oportunidade de falar por todos os elementos da equipa, partilha de informação e tomadas de decisão orientadas para a multidisciplinaridade dos intervenientes na prestação de cuidados. Neste contexto, é citada uma afirmação do artigo, que sendo das mais pragmáticas, poderá resultar como um contributo chave para a reflexão acerca da problemática: *Communication is a vital component of safe practice but is not always considered an important part of skills training* (Kneebone, 2003).

1.4. Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: A literature review (2010)

KÜNZLE, B.; KOLBE, M.; GUDELA, G.

Safety Science

Este artigo, publicado em Janeiro deste ano, pode ser considerado, como a resenha ideal que engloba toda a temática que tem vindo a ser desenvolvida. É bastante actual e reúne os conceitos e palavras-chave fundamentais na promoção da segurança do doente através de comportamentos humanos e liderança efectiva. Mais uma vez, são evidenciados os conceitos de equipa, importância de uma liderança em contexto organizacional e comunicação.

A promoção e a manutenção da segurança do doente têm sido cada vez mais um aspecto importante nas equipas prestadoras de cuidados de saúde. O trabalho em equipa e o processo de liderança que o coordena, implicam competências cada vez mais importantes de serem desenvolvidas e aplicadas, na segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados.

Uma equipa é a unidade base de funcionamento de qualquer organização, inclusive de saúde. Ao conceito de saúde está associado o conceito de liderança, como chave para o seu funcionamento, assim como o sucesso ou insucesso de sistemas regidos por trabalho de grupo. A importância da liderança no funcionamento organizacional de uma instituição é, cada vez mais, reconhecido e valorizado como um aspecto fundamental na promoção e manutenção da segurança do doente.

Tal como na saúde, as empresas aéreas, as indústrias de energias e centrais nucleares, defendem a cultura de segurança para todos os elementos que as constituem. Esta referida cultura de segurança é um conceito conhecido e comum e, portanto, defendido e promovido na prática diária.

Equipas que trabalhem em ambientes críticos, como as equipas de tráfego aéreo e as equipas de saúde, actuam em meios complexos e dinâmicos, onde a segurança é um conceito de elevada importância, da mesma forma que o trabalho em equipa e comunicação são essenciais (Helmreich, 2000).

Organizações altamente confiáveis (*High Reliability Organizations*) são tidas como complexas e arriscadas, no entanto seguras e efectivas, sendo caracterizadas por um compromisso perante a segurança e uma cultura de contínua aprendizagem e melhoramento (Weick, 2002). No entanto, as organizações de saúde ainda não se tornaram satisfatoriamente seguras e confiáveis. O erro continua a ocorrer. Números comprovam-no, assim como os indicadores de qualidade que traduzem essa realidade. Neste sentido, a temática da segurança nas organizações de saúde apresenta, cada vez mais, uma atenção privilegiada, devendo existir reconhecimento da importância do desenvolvimento de competências não técnicas (*non technical skills*) em associação com as competências técnicas e clínicas. Por exemplo, factores humanos como a comunicação, capacidade de liderança, motivação das equipas e manutenção da sua estrutura, são considerados vitais na garantia da segurança e qualidade efectiva no trabalho em áreas da saúde (Donchin et al. 1995; Kosnik, 2002). Está comprovado que lacunas de comunicação, coordenação do trabalho e dinâmica das equipas podem resultar em *outcomes* desfavoráveis para o doente.

Actualmente é reconhecida a importância da associação de factores humanos com o conhecimento médico e as competências técnicas. A temática da liderança tem sido alvo de grande atenção e investigação, nomeadamente a forma como comportamentos e atitudes de liderança influenciam a efectividade das equipas, o seu desempenho e, consequentemente, a segurança dos doentes. Está provado que falhas de liderança em equipas de cuidados

intensivos podem comprometer o trabalho de equipa, o ambiente de prestação de cuidados, aumentando os riscos para o doente (Helmreich, 2000; Pollack e Koch, 2003).

As equipas são sistemas complexos que podem ser analisadas de diversas perspectivas, como o meio social em que se inserem, a especificidade das suas actividades, o propósito da sua acção e as relações existentes entre os seus elementos.

São muitos os factores na base do fenómeno de liderança. No entanto, este artigo enuncia três desses factores: comportamentos de liderança para com a equipa; factores que afectam o processo de liderança e, por fim, o efeito da liderança no desempenho da equipa. Esta estrutura pode ser enquadrada na perspectiva funcional do modelo I-P-O (*input – process – output*), porque permite a descrição dos *inputs* e procedimentos de uma equipa, com resultados (*outputs*) para o fim previsto e objectivo proposto.

McGrath (1964), Hackman e Morris (1975) descrevem o desempenho dos profissionais e o desempenho de uma equipa como a sequência de *inputs* que afectam os processos, conduzindo aos *outcomes*. Definindo cada um destes três elementos: *input* (estrutura) refere-se às características das equipas (organizacionais e do meio em que se inserem), dos seus membros e ao contexto onde estes operam e actuam (Hackman e Morris, 1975). *Process* (processo) define-se pelas interações e factores humanos dos elementos da equipa, factores esses que transformam os recursos em produtos (Gladstein, 1984). Em serviços de saúde, os processos em equipas prestadoras de cuidados podem ser identificados como: competências técnicas, cognitivas e sociais. *Output* (resultado) refere-se à resposta efectiva das equipas e dos intervenientes desse processo, incluindo o desempenho, satisfação e atitudes dos elementos da equipa (Marks et al, 2001). No caso de cuidados de saúde, a segurança do doente, a par da qualidade, pode ser considerado o *outcome* mais óbvio de trabalho em equipa com elevado desempenho.

Dos três vectores fundamentais para avaliar um qualquer sistema de saúde – acessibilidade, custos e qualidade – esta última é sem dúvida a mais importante. A qualidade tem sido avaliada desde o início dos anos 80 segundo a tríade de Donabedian (1982), que considera para a análise da qualidade, a estrutura, o processo e os resultados (Fragata e Martins, 2008).

De uma forma esquematizada e a título de exemplo desta dinâmica I-P-O, será apresentado, na página seguinte, um esquema deste processo (**Figura 2.**), que demonstra a interacção entre a estrutura – processos – resultado, aplicado numa situação concreta onde o rigor, exigência e segurança são obrigatórios: desempenho no bloco operatório (Helmreich e Schaefer, 1994 cit. por Künzle; Kolbe; Gudela, 2010).

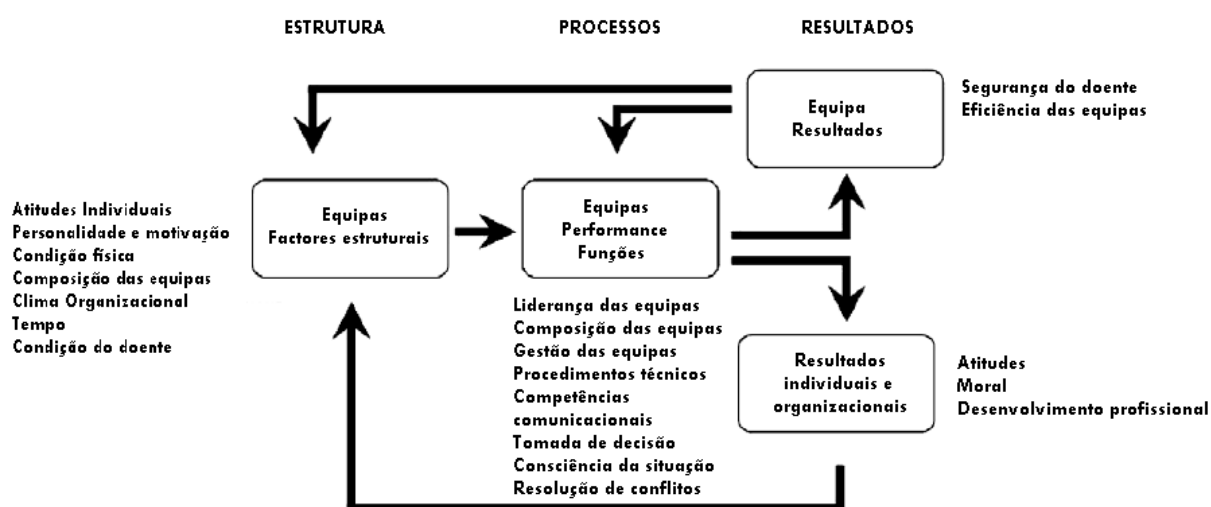


Figura 2. Modelo de desempenho no Bloco Operatório.

Adaptado de Helmreich e Schaefer (1994) citados por KÜNZLE, B.; KOLBE, M.; GUDELA, G. - Ensuring patient safety through effective leadership behaviour : a literature review, 2010. p. 3

Ao longo da revisão da literatura realizada, foi encontrada referência a vários factores humanos que estão na base da actividade das equipas prestadoras de cuidados que, consequentemente, condicionam e influenciam o seu desempenho. Neste artigo encontra-se de forma sucinta alguns desses factores que passarão a ser enunciados. À luz da tríade de Donabedian é fundamentalmente a nível dos processos que se encontram as principais ‘ferramentas’ de trabalho e desempenho para transformar os *inputs* em *outcomes* de qualidade. Apresentam-se, então, algumas dessas ferramentas, apresentados no quadro seguinte, com referência aos respectivos autores:

Borrill et al (2000)	Liderança eficaz está associada a trabalho em equipa de elevada qualidade.
Clark et al (2005)	Oportunidade de opinião e sugestão por todos os elementos da equipa, incluindo os subordinados.
Cole e Crichton (2006)	Líder experiente, assertivo e ressonante beneficia o processo de liderança e apresenta efeitos positivos no desempenho da equipa; Líderes devem desenvolver competências de liderança e devem promover o desempenho individual e da equipa, encorajando comportamentos positivos e proporcionando <i>feedback</i> .
Cooper e Wakelam (1999)	Líderes devem ser capazes de motivar a equipa.

Edmondson (2003)	A comunicação deve ser usada pelos líderes para facilitar a aprendizagem, motivar a equipa e promover processos de mudança.
Hynes et al (2006)	Treino e formação de competências de liderança e gestão são cruciais para comportamentos favoráveis de líder e equipa; Duas funções importantes de liderança traduzem-se no saber delegar e comunicar.
Thilo (2005)	Parte dos líderes conhecer e garantir o nível emocional da equipa. Emoções positivas têm um impacto positivo no desempenho das equipas; Estilos de liderança primal e eficaz implicam o desenvolvimento de capacidades de inteligência emocional e social.

Mais uma vez, o modelo de Donabedian encontra-se associado a comportamentos de liderança e aos seus factores. No que se refere aos *inputs* (estrutura), a literatura indica vários factores que associados influenciam o comportamento de liderança e o desempenho da equipa: excesso de trabalho, procedimentos standardizados, competências dos membros da equipa, experiência e conhecimento do líder e características pessoais e individuais.

Em relação aos processos, são salientadas três categorias de comportamentos de liderança em equipas de saúde: comportamentos de liderança orientados para a tarefa; comportamentos de liderança orientados para as relações e comportamentos de liderança orientados para a mudança.

Os comportamentos de liderança orientados para a tarefa devem incluir o estabelecimento de objectivos, planeamento de tarefas e determinação de prioridades. Actividades de orientação com vista na promoção da qualidade, desempenho e sucesso.

Os comportamentos de liderança orientados para as relações devem promover a confiança, satisfação e empenho mútuo na equipa. Facultar apoio e desenvolver na equipa sentimentos de ajuda, amizade, cooperação e respeito. Deve ser providenciado *feedback* numa base de aprendizagem e não de punição.

Inúmeros estudos demonstram a importância de um líder emocionalmente inteligente. Thilo (2005) descreve a importância do uso de emoções no desempenho de um líder. O humor, por exemplo, pode ser usado em situações de *stress*, de forma a apaziguar ânimos negativos e promover o bom ambiente e emoções positivas. A capacidade de motivar e encorajar é também fundamental, em resposta a um desempenho activo em processos de mudança e

aprendizagem. Esta atitude promove o desenvolvimento individual e o desempenho profissional.

A comunicação surge na maioria das fontes pesquisadas como uma ferramenta obrigatória em qualquer equipa e com resultados importantíssimos no desempenho e actividade dos membros da equipa. É importante o desenvolvimento e promoção de um clima organizacional de cooperação onde, apesar de uma hierarquia, existam relações de cooperação, inter-ajuda, empatia, comunicação e atitudes positivas. A oportunidade de *feedback* e opinião devem ser garantida a todos os membros, como forma de enriquecer o sistema comunicacional da equipa.

Os comportamentos de liderança orientados para a mudança são cruciais nos dias de hoje. Actualmente, o confronto com a mudança é uma constante. A necessidade de actualização, a antecipação do imprevisto e a gestão da mudança são factores que influenciam a dinâmica de uma equipa e o seu desempenho. Sem uma liderança eficaz capaz de identificar e lidar com o imprevisto, delinear estratégias de resposta e de adaptação às incertezas do ambiente organizacional, toda a acção, capacidade de resposta e desempenho da equipa é fortemente ameaçado. Nas organizações de saúde, esta lacuna compromete a acção dos profissionais, a qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, a segurança do doente.

Por último, os *outputs* (resultados) são frequentemente associados a comportamentos de liderança e sucesso. Um dos produtos mais importantes e que, no fundo, é sempre pretendido no modelo I-P-O na área da saúde é a qualidade do serviço prestado/recebido. Vários indicadores como a taxa de mortalidade, taxa de morbilidade, taxa de reinternamento, taxas de infecções, entre outros, podem ser considerados como outros *outcomes* tradutores do sucesso ou insucesso do modelo. Para além de *outcomes* clínicos, os critérios económico-financeiros são também cruciais no alcance do sucesso.

1.5. *Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?* (2007)

DAVIS, R.; JACKLIN, R.; SEVDALIS, N.; VINCENT, C.

Health Expectations: an international journal of public participation in health care and health policy

Este artigo começa por reforçar, mais uma vez, a ideia do *empowerment* dos utentes, detendo estes de um papel importantíssimo na promoção da sua própria segurança, assumindo uma atitude activa na sua saúde e processo de cuidar. São denominadas, neste

artigo, cinco categorias de factores capazes de afectar o envolvimento do utente na promoção da sua segurança estão relacionadas em diversas vertentes:

1. Relacionada com o próprio utente (*patient-related*);
2. Relacionada com a severidade da doença (*illness severity*);
3. Relacionada com o desempenho dos profissionais de saúde (*professional knowledge and beliefs*);
4. Relacionada com a prestação dos cuidados de saúde (*primary and secondary care*);
5. Relacionada com a própria tarefa de promoção de segurança (*specific patient actions/behaviours required for involvement in safety*).

Sendo importante cada um dos cinco factores acima mencionados, o ponto 3. é aquele que mais importa considerar no âmbito deste trabalho. Neste contexto, o que os autores defendem neste tópico é a importância e também a responsabilidade dos utentes na procura e promoção da sua própria segurança. Defendem que os utentes devem ser capazes de se envolver plenamente no seu processo de saúde, a fim de suprimirem a imagem de 'vulnerabilidade' característica deste grupo. Para isso, os autores afirmam que é muito importante a adopção de determinados hábitos, pelos profissionais, e proporcionar confiança, na participação do utente na sua segurança e processo de cuidado. Estas oportunidades são conseguidas através de interações frequentes com o utente, onde é fomentada a comunicação, partilha de informação e liberdade de opinião. Não numa relação unidireccionada entre o profissional e o utente, mas numa relação interactiva entre a equipa multidisciplinar. Através de um envolvimento positivo, com respostas e *feedback* preciso às necessidades do utente, está proporcionada a oportunidade do utente de se sentir integrado e envolvido no seu próprio processo de cuidado. O papel de actuação dos profissionais de saúde de prestação de cuidados directa ao utentes (médicos e enfermeiros) é também crucial, devendo ser uma actuação reflectiva, pensada e de acordo com as mesmas linhas de actuação. Mais uma vez, a comunicação inter-disciplinar e o trabalho de equipa são evocados como vectores cruciais na actuação com excelência e, consequentemente, promotores de qualidade e segurança.

A par desta reflexão é ainda defendido, no artigo, a importância da individualização e personalização dos cuidados. A expressão *one size fits all* é mesmo referida como antónimo do que deve ser esperado de uma prestação de cuidados de excelência. Atendendo às individualidades e características de cada um, é possível o reconhecimento do profissionalismo e dedicação do profissional e só assim, promovido o envolvimento e confiança do utente em toda a dinâmica da prestação de cuidados.

1.6. Quality in Healthcare and the Quest for Improvement. (2008)TEASDALE, G.
Scottish Medical Journal

Actualmente, e devido a inúmeros factores de ordem pública e organizacional, somos diária e constantemente lembrados da obrigatoriedade de uma prestação de cuidados cada vez mais excelente, com padrões de qualidade cada vez mais elevados e exigentes. Na verdade, a qualidade é um conceito multidimensional, que engloba uma série de elementos, sem os quais, tal promoção não é possível: *accountability*, governança clínica, efectividade, eficiência, equidade, segurança e acção centrada no utente e para o utente.

Sendo uma organização de saúde uma estrutura constituída por pessoas para dar resposta às necessidades de outras pessoas, cada vez mais se tem reconhecido e enfatizando a importância dos factores humanos na implementação de uma cultura que garanta a promoção da qualidade, quer através de investigação, quer através de conhecimento. No fundo, o que se pretende é reduzir as taxas de mortalidade, as taxas de erros médicos, aumentando os *outcomes* dos utentes, como indicadores de qualidade.

KN. Lohr, na sua obra *Medicare: a strategy for quality assurance* (1990), preconiza que a qualidade em saúde, pode ser dividida em seis dimensões:

1. Segurança: atendimento de uma forma que evite prejuízos ou a exposição a riscos desnecessários;
2. Efectividade: cuidados que produzem os melhores resultados para o utente;
3. Acção centrada no utente: saúde baseada em parcerias entre profissionais de saúde, utentes e, eventualmente, as suas famílias; cuidados que deverão ser prestados com compaixão e responsabilidade perante as necessidades dos utentes, valores e preferências;
4. Oportunidade: cuidados de saúde prestados no momento em que é necessário dentro de um contexto adequado;
5. Eficiência: cuidados que reflectem o valor do dinheiro;
6. Equidade: cuidados de saúde prestados com base na necessidade clínica, sendo prestados de maneira a reduzir diferenças no estado de saúde e resultados nos diversos grupos da população (Lohr, 1990).

O equilíbrio entre estas seis dimensões e a sua associação para um fim comum – a qualidade em saúde – tem gerado desafios constantes nos sistemas de saúde e em cada profissional de saúde, criando potenciais tensões e *trade-offs* entre eles, tornando um foco indevido numa dimensão que, poderá conduzir a um efeito adverso sobre outro. Na verdade,

é que mesmo enfrentando todas as dificuldades e inconformidades nos locais de trabalho, a linha da frente na prestação de cuidados tem de ser mantida, sempre no seu melhor desempenho. Os profissionais de saúde mantêm-se fiéis às suas práticas, fazendo o melhor que podem, por um utente, procurando utilizar o conhecimento existente da melhor forma possível e encontrando novas formas de tratamento e/ou prestação de cuidados. É indispensável uma capacidade de criatividade, inovação e adaptabilidade aos diversos contextos e situações, não devendo, apesar de tudo, abdicar das máximas do exercício profissional. Os processos são auditados, acreditados e alvo de avaliações exigentes, numa cultura ainda muito voltada para os resultados. A melhoria da qualidade tornou-se um objectivo fundamental dos sistemas de saúde e dos governos, passando para segundo plano aspectos de imensa consideração, como a *workforce*.

Como principais abordagens para a melhoria da qualidade de Cuidados de Saúde podem-se enumerar: intervenções focadas no utente, como por exemplo, a promoção da literacia em saúde, melhorando o acesso e o atendimento, bem como capacidade de decisão e participação na sua própria saúde; intervenções de avaliação e acompanhamento dos profissionais e instituições; incentivos financeiros e não financeiros; implementação de técnicas inovadoras e tecnologias de informação, como por exemplo, relatórios sobre o desempenho e *feedback*, ferramentas de suporte informático; intervenções que visam o funcionamento de uma organização de qualidade profissional e pessoal, com desenvolvimento de actividades de melhoria contínua e formação, mudança de cultura, *clinical governance*, segurança e gestão de risco.

A importância de atender ao papel das pessoas, bem como aos factores humanos e individuais de cada profissional, reflecte uma característica fundamental dos cuidados de saúde, uma vez que todas as decisões e acções afectam toda a instituição, com consequência última: o atendimento aos utentes. Desta forma, a realização de melhorias na qualidade do atendimento e da prestação de cuidados, dependerá das acções tidas pelas administrações e equipas de gestão, que influenciam os profissionais, bem como o seu desempenho e a responsabilidade clínica das suas acções. Mais uma vez o conceito de liderança surge associada a esta ideia, como sendo um aspecto fundamental na concepção de uma organização saudável e optimizada.

Tal como já foi referido anteriormente, as informações de áreas como a política, investigação, experiências e realidades clínicas, a opinião de especialistas e as versões apresentadas pelos *media*, têm um papel muito importante junto do público e expectativas do utente. Para uma prestação de cuidados devidamente eficaz, é obrigatória a existência de

uma visão inovadora e empreendedora, que sendo pro-activa, promova o trabalho em rede, na resolução de problemas, sendo confiável e credível, dotando o sistema de uma comunicação clara e de fácil compreensão da cultura nos ambientes variados, capazes de encontrar e avaliar pesquisas relevantes, sendo em ponto último, um agente facilitador, mediador e negociador capaz de articular as exigências nacionais com os papéis locais.

Artigo 1.7. A reforma do pensamento em saúde. (2006)

BISCAIA, A.

Revista Portuguesa de Clínica Geral

O primeiro artigo português desta revisão de literatura foca, essencialmente, a reforma do pensamento em saúde, como resposta à necessidade de mudança e adaptação permanente dos cuidados e instituições de saúde.

O artigo surge como um dossier, pensado como contributo para o debate sobre como fazer a reforma e como definir estratégias de adaptação rápida a necessidades que, segundo o autor enuncia, estão sempre em mudança e que implicam tomadas de decisão e uma aperfeiçoada gestão de conflitos.

Neste trabalho, também ele realiza uma revisão de outros artigos, onde foca pontos interessantes, que André Biscaia defende serem importantes ‘instrumentos’ para efectivar a referida reforma.

Com base em outros artigos literários, e em paralelo com a reforma dos cuidados de saúde primários do Reino Unido, foca a importância de aspectos mais macro da reforma, como a formação geral e universitária; o desenvolvimento profissional; a produção do conhecimento; a info-estrutura da saúde; a tecnologia de informação e as rotinas de aprendizagem; aprendizagem organizacional (*organizações que aprendem*) e transferência do conhecimento, formação interprofissional, governação clínica e *accountability*. Um outro aspecto é a consideração dos centros de saúde (visto o artigo de revisão se tratar da reforma dos cuidados de saúde primários) como organizações vivas, em oposição à sua concepção como “organizações-máquinas”, encarando-os como organizações de aprendizagem, onde se promove sistematicamente a aprendizagem e o desenvolvimento individual, colectivo e organizacional, para melhorar a prestação de cuidados de saúde. A aprendizagem ao longo da vida laboral dos profissionais é também referida como um factor essencial, de modo a proporcionar a constituição de comunidades de prática, que foram definidas por Etienne Wenger e citadas pelo autor, como *grupos de pessoas que partilham um interesse, uma paixão por qualquer coisa que sabem fazer e que interagem regularmente para aprender a fazer melhor*.

Ainda que ao nível dos centros de saúde, esta reforma fomenta as ideias chave que poderão ser consideradas a qualquer âmbito e nível de cuidados de saúde. De facto, o que torna as organizações de saúde elementos em evolução é a sua capacidade de adaptação, inovação e empreendimento em fazer mais e melhor.

1.8. *Patient safety – A necessidade de uma estratégia Nacional. (2006)*

SOUSA, P.

Acta Médica Portuguesa

Mais um artigo português que aborda o tema de segurança dos doentes como a questão central, o core, das actuais discussões e prioridades na prestação de cuidados, um pouco por todo o mundo.

Apresentando a realidade mundial relativamente à ocorrência de erro e as implicações que a segurança dos doentes (ou a falta dela) têm nas organizações de saúde, Sousa (2006) defende que a perda de confiança nas organizações de saúde e seus profissionais; o aumento dos custos, sociais e económicos; e a redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados/desejados, são as consequências directas na qualidade dos cuidados prestados.

As particularidades inerentes ao tema 'saúde' reflectem-se na complexidade das organizações de saúde, no carácter multifactorial das situações que estão por detrás das *falhas de segurança* e, não menos importante, à sensibilidade do tema.

Quer pelas elevadas expectativas dos utentes, quer pela cultura de intolerância e culpabilização ao erro e ainda pelo *estatuto divino* que a área da saúde vai mantendo na sociedade de hoje, é urgente uma nova forma de a encarar, cada vez mais assente numa lógica de mercado, sendo exigida redobrada atenção aos resultados.

Em torno de toda esta temática do erro e da segurança do doente, o autor apresenta um importante documento da *National Patient Safety Agency*, intitulado, *Seven steps to patient safety a guide for NHS staff*, de 2004, onde são definidos sete passos essenciais que as organizações do National Health Service deveriam adoptar no sentido de melhorar a segurança dos doentes e, consequentemente, a qualidade dos cuidados a prestar. De forma resumida (em inglês no original), aqui se apresentam cada um dos sete passos:

1. *Build a safety culture;*
2. *Lead and support your staff;*
3. *Integrate your risk management activity;*
4. *Promote reporting;*

5. *Involve and communicate with patients and the public;*
6. *Learn and share safety lessons;*
7. *Implement solutions to prevent harm.*

Mais uma vez, a cultura de abertura e a comunicação são pontos-chave na segurança do doente. A liderança, a aprendizagem e a partilha de informação são também definidas como aspectos importantes a considerar. Todos estes ‘passos’ acompanhados de outros defendidos por outros autores, contribuíram para as conclusões deste trabalho de projecto.

1.9. *Um estudo de caso sobre as organizações que aprendem. (2007)*

FRANCO, M.; FERREIRA, T.

Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão

À semelhança do que já foi dito anteriormente, e tal como o título do artigo sugere, os autores Franco e Ferreira (2007) pretendem demonstrar a importância do processo de aprendizagem contínua das organizações, bem como o desenvolvimento de procedimentos, técnicas e instrumentos de gestão. No estudo apresentado pelos autores, estes propõem um modelo conceptual da “organização que aprende”, que assenta em quatro dimensões:

1. Cultura organizacional;
2. Desenho organizacional;
3. Partilha de informação;
4. Liderança.

Desta forma, os autores defendem que a essência das organizações que aprendem é a habilidade da organização em utilizar a capacidade mental de todos os seus membros para criar processos que melhorem este processo de aprendizagem. A promoção da aprendizagem deve ser entendida e praticada no contexto organizacional, mas atendendo às características de cada indivíduo. A aprendizagem individual depende da percepção, da inteligência, da experiência, das necessidades e motivação de cada um. Daí a importância de um ambiente colectivo e em equipa que propicie e promova esse desenvolvimento. Neste contexto, a cultura organizacional surge como catalisador da aprendizagem, devendo incentivar e facilitar os seus membros para que aprendam e experimentem, partilhem e questionem, dotando-os de toda a liberdade para fazer algo, sem terem medo de falhar. É importante incutir nestas organizações sentimentos de confiança, comprometimento e satisfação nas actividades realizadas. Só assim os valores organizacionais são compartilhados

e mantidos. Indissociável a esta reflexão, está o tema da inteligência emocional. Os autores referem que a comunicação inter-organizacional, partilha de informação e oportunidade de opinião, torna possível que a organização se torne mais ‘inteligente’ e ‘emocionalmente’ mais capaz de acompanhar, motivar e orientar as pessoas e as suas necessidades em processo de mudança.

A liderança é referenciada por Kotter (1990) como sendo crucial numa época de revolução tecnológica e mudanças crescentes. Afirma que representa o elemento propulsor de mudanças e é a força básica por detrás de uma mudança bem sucedida. Queiroz (1996) atribuiu ao líder dois papéis fundamentais: auxiliar no aumento da motivação dos liderados, desenvolvendo um ambiente de trabalho onde o trabalhador se sinta motivado e satisfeito; e, manter a energia motivadora dos liderados. Este autor termina, afirmando que através de uma comunicação correcta e de um adequado esforço de reconhecimento, o líder tem um impacto crucial na motivação dos seus liderados.

1.10. Centro de saúde – organização de aprendizagem. (2006)

FERRÃO, A.; BISCAIA, A.

Revista Portuguesa de Clínica Geral

Tal como já foi referido em artigos anteriores, nomeadamente o já revisto artigo 1.7. pelo mesmo autor, é dada especial importância aos centros de saúde, considerando-os “organizações vivas”, organizações de aprendizagem e de desenvolvimento individual, colectivo e organizacional, na procura de um nível cada vez mais satisfatório de prestação de cuidados à população. Considerando que a atenção centrada nos centros de saúde possa ser explicada pelo facto de estes serem organizações de menores dimensões do que um hospital, por exemplo, e daí os estudos serem passíveis de melhor implementação e mais rápidos resultados. Claro que estes artigos, bem como a sua informação, podem e devem ser utilizada como informação extremamente enriquecedora e crucial na optimização de qualquer organização de saúde, fomentada pelos melhores conceitos e ideais. Os autores deste trabalho defendem que as organizações de saúde, sendo estruturas dinâmicas, vivas e complexas, devem ser consideradas de uma forma particular, cuja complexidade deve ser entendida como diversidade, convivência com o aleatório, com mudanças constantes, com a incerteza e o conflito (Mariotti, 1996).

Mais uma vez, a expressão *organizações que aprendem* surge associada à ideia de uma organização baseada numa visão complexa e sustentada, dando prioridade à

competência em relação à competitividade, valorizando o bem-estar e a qualidade de vida dos seus profissionais, tornando-se desta forma, uma organização produtiva. Aqui, são evocados conceitos fundamentais em organizações onde se pretendem construir actuações e práticas de aprendizagem baseadas num auto-conhecimento que seja relevante. Esses conceitos são mais uma vez considerados essenciais para este processo: recompensa e reconhecimento; modelos de comportamento de excelência; comunicação eficaz; interacções e relações pessoais que fomentem um ambiente de trabalho saudável; formação e desenvolvimento dos profissionais; orientação e compromisso. Os autores afirmam que as organizações de aprendizagem partilham alguns valores culturais, sendo central a valorização das relações interpessoais que assumem um papel estruturante e promotor de qualidade. A tolerância ao erro e a aposta no potencial humano de cada um são dois factores que associados a todos os outros promovem o desenvolvimento de uma organização, onde a comunicação, trabalho colectivo, satisfação e motivação ampliará o conhecimento, melhorando a prática, a satisfação profissional e a qualidade de vida.

1.11. *Organizational safety climate differently affects on patient safety behaviour of nurses according to the hospital scale in Japanese private hospitals. (2008)*

INOUE, T.; KARIMA, R.

International Conference of Healthcare Systems, Ergonomics and Patient Safety
(Convention and Conference Centre of Strasbourg)

Este artigo foi seleccionado como elemento amostral, uma vez que foca o seu objecto de estudo no comportamento dos enfermeiros na segurança do doente, numa associação entre o clima de segurança organizacional e os factores individuais destes profissionais na sua prestação e desempenho.

Mais uma vez é estabelecida a relação entre a cultura de segurança organizacional, a promoção da segurança do doente e, consequentemente, a redução de erros e acidentes.

Neste contexto, este artigo relata como a cultura de segurança entre os enfermeiros se encontra fortemente relacionada com a cultura de segurança do hospital, bem como factores individuais destes profissionais, como a consciência profissional (numa tradução à letra de *professional awareness*) e satisfação no trabalho.

Após a aplicação de um questionário de 79 itens, acerca de factores organizacionais, a esta classe profissional formando uma amostra de 760 enfermeiros divididos em dois

grupos – grupo de enfermeiros em hospitais grandes³ e grupo de enfermeiros em hospitais pequenos⁴ – concluiu-se que os factores relacionados com uma prática em ambiente de segurança são:

HOSPITAIS GRANDES	
Factor 1	Comunicação entre equipas multidisciplinares
Factor 2	Papel das chefias de enfermagem na promoção da segurança do doente
Factor 3	Papel das chefias administrativas e directivas na promoção da segurança do doente
Factor 4	Capacidade dos enfermeiros em garantir a segurança do doente
Factor 5	Capacidade organizacional da instituição em garantir a segurança do doente

HOSPITAIS PEQUENOS	
Factor 1	Papel dos médicos na promoção da segurança do doente
Factor 2	Capacidade organizacional da instituição em garantir a segurança do doente
Factor 3	Comunicação entre equipas multidisciplinares
Factor 4	Capacidade dos enfermeiros em garantir a segurança do doente

Desta forma, é possível concluir que em hospitais grandes a comunicação multidisciplinar é o factor considerado mais importante pelos enfermeiros e é atribuído um importante papel às chefias (quer administrativas e directivas, quer profissionais). Por seu lado, em hospitais pequenos, a comunicação multidisciplinar é classificado como o terceiro factor mais importante, sendo atribuído aos médicos o papel de promover a segurança do doente.

São vários os pontos de discussão que podemos enunciar deste estudo e destas conclusões, mas para o presente trabalho interessa realçar a importância da comunicação entre os profissionais de saúde e equipas multidisciplinares e a capacidade dos enfermeiros garantirem e promover uma prestação de cuidados segura.

³ Hospitais grandes, entenda-se: com mais de 200 camas e 10 médicos, considerados a *full-time*.

⁴ Hospitais pequenos, entenda-se: com menos de 200 camas e 10 médicos, considerados a *full-time*.

É interessante atender a um último ponto, relacionado com a dimensão da organização. De facto, o que pode ser valorizado por uma organização de grandes dimensões, pode não ser valorizado por uma de pequenas dimensões. Aqui se encontra um exemplo claro da especificidade e complexidade das organizações de saúde.

1.12. Communication and teamwork in Patient Care: How much can we learn from aviation?
(2006)

LYNDON, A.

Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing

Este artigo, assim como outros pesquisados no decorrer da revisão da literatura, retratam o paralelismo entre a comunicação e o trabalho de equipa, tão defendidos nas organizações de saúde, e a aviação. Tal como na saúde, também na aviação são valorizados factores como a comunicação, o trabalho em equipa e comportamentos e atitudes de segurança. Tal como referenciado pelo autor e comprovado pelo Institute of Medicine (2000), quebras e problemas de comunicação são constantemente identificados como sendo uma das principais causas de comprometimento de segurança na prestação de cuidados. Simpson e Knox (2003) chegam mesmo a afirmar *assertive communication as the key to maintaining safe operations*.

Diversos autores documentam em estudos recentes a existência de atitudes ‘problemáticas’ face a práticas de cuidados seguras e ambientes fomentados por espírito de equipa. Tal como comprovado na aviação, também na prestação de cuidados de saúde factores como o *stress*, liderança e hierarquia, trabalho em equipa e a ocorrência de erro, condicionam essa mesma prestação e comprometem a sua qualidade e segurança.

Tal como defendido por Carthey et al (2001), a aplicação da teoria dos factores humanos demonstra que os padrões de comunicação, a actividade em equipa, o sobre-carga de trabalho e os mecanismos de *coping*, afectam tanto a capacidade individual como a de grupo para identificar problemas e identificar soluções e decisões.

Este artigo defende ainda que organizações altamente confiáveis são aquelas que conseguem identificar problemas e planear soluções, numa actividade conjunta, com igual oportunidade de opinião para todos os elementos. A assertividade surge como conceito indissociável desta relação.

Existe evidência comprovada pela indústria da aviação, que actuando com atitudes pouco fomentadas por trabalho e espírito de equipa; hierarquias rígidas e inflexíveis; erro e *stress*, afectam o desempenho dos profissionais e sua actuação.

1.13. Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting. (2008)

HALLER, G.; GARNERIN, P.; MORALES, M.; PFISTER, R.; BERNER, M.; IRION, O.; CLERGUE, F.; KERN, C.
International Journal for Quality in Health Care Advance

Mais um estudo semelhante ao anterior, comparando as equipas médicas e cirúrgicas com equipas de aviação. Neste artigo é abordada a fraqueza do factor humano, alvo de vários estudos na aviação, onde é demonstrado, já nos anos 80, que deficiências humanas, particularmente, pouco espírito e trabalho de equipa entre as equipas de aviação, contribuem para metade dos acidentes que ocorrem. Desta forma, o desenvolvimento de competências e espírito de equipa e gestão do risco, foram pontos obrigatórios a serem abordados e treinados em programas especiais para estas equipas (*Crew Resource Management*). Basicamente é pretendido através destes programas que as equipas aprendam a comunicar e a colaborar entre si, como equipa, de forma a reduzir a probabilidade de erro, principalmente em situações de crise. Paralelamente são ainda desenvolvidos comportamentos promotores de segurança.

Apesar de ser método utilizado há já alguns anos pela aviação, na saúde é ainda uma novidade em desenvolvimento. Actualmente, este método é usado fundamentalmente em situações virtualmente criadas para treinar anestesistas e médicos neonatologistas para lidar em situações de crise e médicos para situações de emergência. Pretende-se que sejam constituídas equipas eficazes, da mesma forma que se desenvolvem capacidades de comunicação e competências relacionais e de cooperação.

1.14. A dialogue on the future of Nursing Practice. (2007)

LAVIN, M.; MEYER, G.; ELLIS, P.
International Journal of Nursing Terminologies and Classifications

Este artigo, aborda, mais uma vez, a profissão de enfermagem, de um ponto de vista futurista, em relação à prestação dos cuidados inerentes a esta classe profissional.

É dada especial atenção à classe de enfermagem, pois através da observação da prática diária dos enfermeiros é observada a importância da actividade destes profissionais; uma vez que fazem diagnósticos; estabelecem prioridades de cuidados; desenvolvem planos e metas com os utentes no alcance dos melhores resultados de saúde; são os profissionais que

cuidam de utentes hospitalizados 24h por dia, actuando desde os níveis mais básicos aos mais avançados, com diferenciação e articulação de competências teóricas e práticas. Provavelmente será a profissão onde a eficácia da comunicação e do diálogo poderá ser melhor explicada. Não fossem as passagens de turnos ou passagem de ocorrências um exemplo claro da importância de boas linhas de comunicação entre estes profissionais.

No entanto, na promoção dos melhores cuidados de saúde, essa prestação só será possível com trabalho multidisciplinar e interprofissional. A formação dos profissionais de enfermagem deve ser promovida. Não só para acompanhar a evolução crescente das áreas da saúde, mas para demonstrar dedicação e investimento no desenvolvimento profissional e até pessoal, destes profissionais. Um profissional intelectualmente activo, estimulado e actualizado, será um elemento crucial na melhor prestação de cuidados. Não só terá um conhecimento renovado, como se sentirá realizado profissionalmente.

Paralelamente com estes factores, a comunicação e o diálogo terá de fazer parte, indissociável, da prática de enfermagem. Como pilares base do diálogo deverá estar a razão, o respeito e a partilha de ideias e experiências.

Apesar desta referência à profissão de enfermagem, é fundamental não esquecer que é no trabalho entre equipas multidisciplinares, com o contributo de cada profissional, que será promovido o cuidado ao utente.

1.15. *Why is patient safety so hard? A selective review of ethnographic studies.* (2010)

WOODS, M.

Journal of Health Services Research & Policy

Na tentativa de resposta a esta questão, os autores realizam também uma revisão da literatura de 4 artigos acerca desta temática. Acabam por estudar 3 artigos referentes aos blocos operatórios e um último artigo referente a uma unidade de trauma e emergência.

No decurso desta investigação e tal como o próprio autor identifica, são constituídas cinco 'aspirações normativas' (numa tradução livre da expressão *normative aspirations*), as quais serão referidas como orientações de actuação. Desta forma, serão enumeradas de seguida:

1. A organização deverá ser orientada por princípios de promoção e manutenção de segurança;
2. A comunicação e o trabalho em equipa deverão ser sempre optimizados;
3. Os médicos deverão fazer sempre o melhor e dar o seu melhor;

4. Deverão ser constituídas 'funções' específicas de autoridade e *accountability*;
5. Erros e acidentes deverão ser reportados.

Basicamente, e com estas cinco orientações de actuação, pretende-se que as organizações de saúde sejam orientadas pelos melhores princípios de prestação, não actuando na média e com prestações suficientes, mas superando as suas próprias expectativas na procura das melhores prestações. Devem ser também colmatadas falhas internas (como por exemplo, sistemas informáticos inoperacionais) que condicionem a actuação diária dos profissionais.

Mais uma vez, a cultura de segurança e de aprendizagem deve ser fomentada na organização. Devem ser desenvolvidas capacidades de resolução de problemas e espírito crítico. Deve ser proporcionada a oportunidade de opinião aos profissionais e partilhada informação e experiências.

A liderança, o suporte organizacional e de chefia, deve ser competente e eficaz. Quer seja a liderança administrativa, quer seja a liderança de uma equipa cirúrgica num bloco operatório, a sua articulação e a sua actuação deve ser sempre desenvolvida na base do trabalho em equipa, comunicação e respeito.

1.16. *Affect is central to patient safety: the horror stories of young anaesthetists.* (2009)

IEDEMA, R.; JORM, C.; LUM, M.
Social Science & Medicine

Mais um artigo que foca a relação entre a segurança do doente e a área da saúde e prestação de cuidados. Desta vez, é o grupo médico de especialidade anestesia o alvo de um estudo que pretende demonstrar a importância do desenvolvimento e investimento de estratégias para que jovens médicos consigam lidar com o fracasso e resolver eventos adversos à sua prática.

Também nesta classe profissional, como em todas as outras da área da saúde, a carga emocional em que estes profissionais vivem diariamente e trabalham, é muitas vezes excessiva e *stressante*. Os factores que condicionam este *stress* traduz-se na maioria das vezes por inexperiência, cansaço físico e mental, aumento de horas de trabalho, aumento da carga de trabalho, sem esquecer a componente emocional que em muitas situações de inadaptação a uma equipa ou a uma dinâmica funcional e organizacional condiciona, claramente, a prestação do profissional e os seus *outcomes*.

1.17. *Constructing and re-constructing narratives of patient safety.* (2009)

WARING, J.

Social Science and Medicine

Na procura da melhor prestação de cuidados e garantia da maior segurança do doente, novas formas de aprendizagem organizacional devem ser introduzidas nos serviços de saúde. Este artigo pretende examinar a forma como esses sistemas podem contribuir para a criação de conhecimento sobre a segurança do doente.

Qualquer organização de saúde deve ter definido nos seus objectivos de actuação a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente como principais premissas de desempenho.

Tal como já foi referido em bibliografia anterior e surge, mais uma vez, mencionado neste artigo, o conceito de 'organizações que aprendem' deve ser um conceito cada vez mais defendido e implementado nas organizações de saúde, como instituições dinâmicas, inovadoras e eficazes.

Mais uma vez, o conhecimento surge associado a esta ideia. Um conhecimento que permita, não só, uma actualização de práticas e técnicas, mas que permita inovação em torno de conceitos acerca da segurança do doente, construída num meio social de interacção colectiva, onde se promovam decisões e envolvimento comum numa associação constante à gestão de risco.

Como tal, o conhecimento sobre as mudanças de segurança e de aprendizagem tornam-se significativamente relevantes, numa área de actuação em que deve existir reflexão sobre as preocupações e problemas identificados, e desenvolvido o sentido de responsabilidade em todo e qualquer procedimento.

Numa cultura de aprendizagem, nas organizações consideradas inovadoras e projectadas para uma prestação de cuidados de excelência, as questões e dúvidas podem e devem ser colocadas, sem que se façam sentir as constantes pressões entre os prestadores de primeira linha e os gestores de risco. É importante dotar toda a organização de um conhecimento comum, capaz de proporcionar oportunidades de aprendizagem constantes. Também aqui, a partilha de informação e experiências não podem deixar de ser referenciadas como factores primordiais no desenvolvimento de uma cultura inteligente.

1.18. Patient Safety and Collaboration of the Intensive care unit team. (2009)

DESPINS, L.

Critical Care Nurse

A prestação de cuidados com segurança (*patient safety*) tem sido o centro de todas as atenções desde o lançamento do documento *To Err Is Human*, pelo Institute of Medicine (1999), onde é demonstrado que ocorreram cerca de 44.000 a 88.000 mortes evitáveis nos hospitais no ano de 1997. Mais recentemente, HealthGrades (2009) informou que de 2004 a 2006 estimaram-se cerca de 238.337 óbitos devido ao potencial evitável de incidentes na segurança do doente. Tais números são, efectivamente, preocupantes.

Os incidentes e os erros ocorrem devido a erros comuns e humanamente aceitáveis dos profissionais de saúde. Os factores são inúmeros e podem ser resumidos pela falha de comunicação; pela incapacidade de seguir protocolos e cumprir procedimentos; sendo a carga de trabalho, a fadiga e a incapacidade de trabalhar em equipa aqueles factores que os autores apontam como os essenciais e cruciais no desenvolvimento desta temática.

Neste sentido, o trabalho em equipa; o desenvolvimento de relações interpessoais, com base numa liderança eficaz; o conhecimento e a comunicação são os recursos que devem ser fomentados e desenvolvidos em todas as organizações, de modo a promover e garantir um desempenho de qualidade.

Este artigo menciona algumas evidências de como estes factores são, de facto, cruciais:

- A comunicação efectiva entre cuidadores é essencial para o funcionamento da equipa (a *Joint Commission* afirma mesmo que a comunicação ineficaz é a causa mais comum citada na ocorrência de eventos sentinela);
- A comunicação colaborativa deve ser vista como a capacidade de duas ou mais equipas enviar e receber informações de forma clara e com a maior precisão, fornecendo *feedback*;
- O líder de uma equipa tem responsabilidade de incluir os elementos no processo de decisão; resolução de problemas; gestão de conflitos e coordenação. Deve ainda contornar as barreiras existentes para uma comunicação eficaz.

Desta forma, pretende-se que as organizações e as equipas de saúde sejam capazes de tomar as melhores decisões em ambientes complexos e em mudança, com elevados níveis de *stress*, mas ao mesmo tempo confiança.

1.19. Family – Centered Care. (2010)

WILSON, B.; CLEVELAND, B.

Journal for specialists in pediatric nursing

Os constantes desafios lançados às organizações de saúde para a criação de sistemas capazes de reconhecer e responder a um erro, evitando dano maior ao utente, tem sido uma realidade nos últimos anos. Tem sido sugerido que, para iniciativas de melhoria da qualidade e segurança do doente, os sistemas de prestação de cuidados promovam a apropriação e o desenvolvimento de competências e comportamentos entre os funcionários (por exemplo, médicos e enfermeiros), para uma filosofia integrada de qualidade na prestação dos cuidados, com resultados clínicos satisfatórios.

Segundo os autores deste trabalho, a integração de uma verdadeira filosofia de segurança para a cultura de uma organização é um processo complexo e multifacetado. Mais uma vez, a carga elevada de trabalho, liderança ineficaz, desenhos organizativos deficientes e desestruturados e ambientes *stressantes*, são considerados os principais factores de comprometimento do alcance da tão desejada prestação de qualidade e segurança.

Este artigo é bastante interessante, não fosse a sua pertinência marcada pela enunciação de um conceito deveras importante nesta temática e verdadeiramente inovador: *Human Factors Engineerng* (numa tradução à letra: Engenharia de Factores Humanos). De acordo com os autores, trata-se de uma ciência que tenta entender melhor quais as vulnerabilidades humanas que conduzem a erros e, de seguida, são estudadas as probabilidades de redução desses erros ou recuperação quando os erros ocorrem. Esta ‘ciência’, utilizada com sucesso nas centrais nucleares, na indústria de aviação e automobilística, permitirá às organizações lidar com a complexidade organizacional e do produto; cultivar a confiança e a comunicação efectiva entre os profissionais de saúde; implementar uma segurança eficiente, num sistema de comunicação onde os erros são discutidos abertamente para que melhorias possam ser feitas e envolver todos os profissionais (nomeadamente os enfermeiros) em todos os projectos e decisões acerca do trabalho e de segurança.

Qualidade e segurança são duas questões organizacionais cruciais, onde os cuidados prestados dependem significativamente do desempenho dos profissionais e da capacidade de organização e desenho do sistema onde estes trabalham.

1.20. Organizational sources of safety and danger: sociological contributions to the study of adverse events. (2000)

WEST, E.

Quality and Safety in Healthcare

Este artigo começa por afirmar que há muito que a sociologia organizacional aceita a ocorrência de erros como algo que, apesar de não desejável, é comum e normal como parte integrante do trabalho. Então o trabalho de foro médico e de âmbito da saúde é particularmente propenso ao erro, pela sua complexidade, pelo imprevisto e pela sofisticação tecnológica que acompanha a evolução desta área. Claro que a ocorrência de erro pode ser trágica quer para o indivíduo vítima desse erro, quer para a sua família.

Neste sentido, os autores descrevem alguns factores intrínsecos das organizações que são relevantes para o aumento do risco e de perigo nas organizações de saúde. Argumentam que a compreensão de cada um desses factores pode oferecer a possibilidade de elaboração de estratégias e comportamentos que aumentem a segurança do doente e prevenindo acidentes e eventos adversos.

Um dos principais factores intrínsecos das organizações mencionados neste artigo é o *stress*. O *stress* em associação com inexperiência do profissional, imprevistos situacionais, características individuais e colectivas dos profissionais aumentam a probabilidade de erro, condicionando, quer a qualidade dos cuidados, quer a segurança do doente.

Mais uma vez, a cultura de não culpabilização deve ser implementada nas organizações de saúde, onde a aprendizagem, partilha de conhecimento e informação deve acompanhar o desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais. A comunicação é, portanto, um dos pilares básicos na implementação dessa cultura de culpabilização e aprendizagem.

Alguns aspectos abordados neste artigo, à semelhança de outros estudos, que assumem uma importante relação entre si, na promoção da qualidade e segurança dos cuidados são: as organizações altamente confiáveis; a trilogia de Donabedian, como carácter multifactorial inerente à prática de cuidados; os contributos pessoais; a partilha de conhecimento e a tomada de decisão. De uma forma um pouco mais exaustiva:

- Organizações altamente confiáveis (*high reliability organisations*), onde os padrões de segurança são mais promovidos e garantidos;
- A trilogia de Donabedian, que sendo composta pela estrutura, caracterizada por aspectos relativamente estáveis como os profissionais, os instrumentos e os recursos que têm ao

seu alcance, os locais e o modelo de organização do trabalho; pelo processo, que diz respeito ao conjunto de actividades que os profissionais realizam para os utentes, bem como as respostas destes e inclui as actividades de decisão ao nível diagnóstico, terapêutico e as acções preventivas; e pelos resultados, que se referem tanto aos níveis de saúde (efectividade, eficiência, etc.) como à satisfação dos utentes/doentes;

- Os contributos pessoais de cada elemento, como forma de motivação e incentivo;
- A partilha de conhecimento e experiência, com vista no máximo contributo na melhoria da qualidade do atendimento ao utente;
- A tomada de decisão consciente e partilhada.

Todos estes elementos organizacionais conjugados visam promover a confiança e excelência das unidades de saúde, numa cultura que enfatiza a cooperação e o compromisso com as melhores orientações e os padrões mais elevados.

1.21. *Communication to facilitate Care of the Obstetric Surgical Patient in a Postanesthesia Care Setting.* (2005)

TORGERSEN, K.

Journal of PeriAnesthesia Nursing

Tal como o título deste artigo sugere, a comunicação é aqui considerada como aspecto central e componente essencial na prestação de cuidados actual. Não só a comunicação entre o profissional e o utente que sendo fundamental na constituição do processo de cuidados, é a chave essencial para o *empowerment* do utente na percepção e decisão do seu próprio processo de saúde. A par com a comunicação entre o profissional e o utente, é igualmente importante a comunicação inter-profissional e multidisciplinar. À semelhança dos artigos anteriores, também este trabalho menciona a comunicação entre os profissionais de saúde essencial na actuação eficaz do trabalho em equipa e na promoção dos melhores cuidados de saúde e mais seguros.

Sendo este um trabalho orientado para os cuidados obstétricos, apresenta por isso algumas especificidades que não serão consideradas para este projecto. Contudo, as conclusões são elucidativas e importantes, podendo ser generalizadas para as restantes áreas da prestação de cuidados. Assim, é demonstrado neste artigo que a comunicação ineficaz pode interferir com a prestação de cuidados ao utente, acabando por potenciar a ocorrência de efeitos adversos e aumentar o risco de situações indesejáveis.

A comunicação que pode ser realizada de várias formas: escrita, verbal, telefónica ou informaticamente, independentemente de como e onde ocorre, deve ser vista como factor essencial no cuidado, envolvendo toda a equipa, bem como o próprio utente e família, na aquisição do melhor estado de saúde. Esta comunicação precisa de envolver toda a equipa num ambiente de colaboração, devendo ser abrangente, mas precisa; oportuna, directa e com conceitos universais e comuns a todos os elementos. Só assim será alcançado o sucesso.

1.22. *Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools.* (2009)

FLIN, R.; WINTER, J.; SARAC, C.; RADUMA, M.
Geneva: World Health Organization

Este trabalho poderá proporcionar um contributo grandioso para esta temática dos factores humanos e o seu impacto no desempenho dos profissionais e na prestação de cuidados, tratando-se de um trabalho realizado pela Organização Mundial de Saúde, que apresenta uma descrição básica de dez áreas temáticas relacionadas com factores organizacionais e humanos que influenciam a prestação de cuidados e consequentemente, a segurança do doente. Promovendo uma série de importantes linhas de investigação, este projecto fomenta a necessidade de compreender não apenas a cultura organizacional, mas também uma série de factores humanos, tais como a gestão de equipas multidisciplinares e as características individuais de cada um, que influenciam o comportamento dos profissionais de saúde em relação ao cuidado do utente.

Desta forma, é sugerida a definição de factores humanos, referindo-se a aspectos de cariz ambiental, organizacional e laboral, assim como aspectos humanos de grupo e individuais que influenciam o comportamento no trabalho de uma forma que pode condicionar ou promover a saúde e a segurança. Os factores humanos surgem assim associados a três dimensões: trabalho (onde pode ser incluído o ambiente de trabalho), indivíduo (e a sua interacção em grupo e equipa) e a organização, e a forma como estas dimensões se interferem e associam na promoção da saúde e segurança do utente.

Neste contexto, as dez áreas temáticas acima mencionadas são: cultura organizacional, gestão administrativa, liderança eficaz, comunicação, trabalho em equipa, percepção da situação de tomada de decisão, *stress*, fadiga, o trabalho (em contexto profissional) e o ambiente de trabalho.

As equipas são cada vez mais características da vida organizacional, envolvendo pessoas com conhecimentos diferentes que têm que colaborar nas tarefas com um mesmo

propósito. A oportunidade de partilha de conhecimento é vista como uma mais-valia e um aspecto promotor de desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais de saúde. Partilha de informação e comunicação são indissociáveis nesta dinâmica. E mais uma vez, a tríade de Donabedian (estrutura-processos-resultados) surge como modelo básico do desempenho de equipa, em que cada dimensão engloba:

Estrutura – liderança (conhecimento, competências, atitudes e personalidade do líder); elementos da equipa (conhecimento, competências, atitudes e personalidade dos elementos) e estrutura da equipa;

Processos – trabalho (e as características que o caracterizam: ambiente, tarefas e recursos), comunicação, coordenação, tomada de decisão e cultura organizacional;

Resultados – desempenho (produtividade, qualidade, erros, acidentes, satisfação dos profissionais e *stress*).

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Terminada a revisão da literatura e analisada a informação filtrada da literatura, foi possível reunir dados que permitem algumas conclusões, ou pelo menos, contribuir para um possível futuro estudo mais profundo sobre os factores humanos frequentemente identificados na literatura como condicionantes do desempenho dos profissionais e, consequentemente, da segurança do doente, com demonstração e verificação na prática. Pretende-se que este projecto de investigação seja um impulso para o desenvolvimento de um trabalho sustentado e aprofundado sobre esta temática, cujo objectivo *major* será o contributo, a longo prazo, para identificação dos factores humanos que, efectivamente, condicionam a segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados. Conhecidos estes factores, futuramente, é desejado que as administrações, equipas de gestão e chefia ponderem a sua actuação em prol da satisfação do profissional e de melhores condições de trabalho. Esta preocupação fomentará um melhor ambiente de trabalho, maior gratificação e satisfação do profissional em trabalhar, o que, seguramente, se reflectirá na prestação dos cuidados prestados e na segurança dos cuidados. Claramente que toda esta promoção acabará por trazer vantagens e ganhos administrativos.

2.1. FACTORES HUMANOS QUE INFLUENCIAM O DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - TABELA CONCLUSIVA 1

De seguida, é apresentada a **Tabela Conclusiva 1**. (Factores humanos que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde), onde são apresentados os factores humanos mais frequentemente apresentados na literatura pesquisada, como condicionantes do desempenho dos profissionais de saúde e com reflexo na qualidade dos cuidados prestados e na segurança do doente.

	Aumento da carga de trabalho: físico e mental	Ambiente físico envolvente: - distrações - stress - luminosidade - parâmetros de organização	Exigências físicas: - cansaço físico - exigências superiores às capacidades	- Conhecimento - Formação e desenvolvimento pessoal e profissional	Trabalho de equipa: - <i>briefing</i> - <i>debriefing</i> - <i>feedback</i>	Comunicação e partilha de informação	Liderança	Cultura de segurança e de aprendizagem
Schwappach, D. Bolvarte, T. (2008)	X	X	X			X		X
Biaggi, P. Peter, S. Ulich, E. (2003)	X			X			X	
Flin, R. Yule, S. McKenzie, L. Paterson-Brown, S. Maran, N. (2006)	X	X	X	X	X	X	X	X
Künzle, B. Kolbe, M. Gudela, G. (2010)	X		X	X	X	X	X	X
Davis, R. Jacklin, R. Sevdalis, N. (2007)				X		X		
Teasdale, G. (2008)					X	X	X	
Biscaia, A. (2006)				X		X		
Sousa, P. (2006)							X	X

Franco, M. Ferreira, T. (2007)				X		X	X	X
Ferrão, A. Biscaia, A. (2006)				X		X	X	X
Inoue, T. Karima, R. (2008)				X		X	X	
Lyndon, A. (2006)		X			X	X	X	
Haller, G. Garnerin, P. Morales, M. Pfister, R. Irion, O. Clergue, F. Kern, C. (2008)					X	X		
Lavin, M. Meyer, G. Ellis, P. (2007)				X	X	X		
Woods, M. (2010)					X	X		
Iedema, R. Jorm, C. Lum, M. (2009)	X	X	X					
Waring, J. (2009)				X				X
Despins, L. (2010)	X	X	X	X	X	X	X	X
Wilson, B. Cleveland, B. (2010)	X	X		X	X	X		
West, E. (2000)	X	X	X			X		X
Torgersen, K. (2005)					X	X		
Flin, R. Winter, J. Sarac, C. Raduma, M. (2009)	X	X	X			X	X	X

Tabela Conclusiva 1. Factores humanos que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde.

2.2. FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA CORRESPONDENTE A CADA FACTOR HUMANO - TABELA CONCLUSIVA 2

Na **Tabela Conclusiva 2**, resume-se, em termos estatísticos, a frequência absoluta e relativa de cada factor humano. Como frequência absoluta, entende-se o número de vezes que o valor da variável (em cada caso: o factor humano) é observado pelos diversos autores; e como frequência relativa, o quociente entre a frequência absoluta do valor da variável e o número total de observações (traduzindo-se em valor percentual).

FACTOR HUMANO	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Comunicação e partilha de informação	18	82%
Conhecimento e Formação e desenvolvimento pessoal e profissional	12	54%
Liderança	11	50%
Trabalho de equipa: <i>briefing, debriefing, feedback</i>	10	45%
Cultura de segurança e de aprendizagem	10	45%
Aumento da carga de trabalho (físico e mental)	9	40%
Ambiente físico envolvente: distrações, <i>stress</i> , luminosidade, parâmetros de organização	8	36%
Exigências físicas: cansaço físico, exigências superiores às capacidades	7	32%

Tabela Conclusiva 2. Frequência absoluta e relativa correspondente a cada factor humano.

2.3. Análise desenvolvida dos resultados das tabelas conclusivas

Em análise, é verificado que a comunicação (e a partilha de informação) é o factor que mais frequentemente surge associado ao desempenho dos profissionais de saúde e consequentemente à qualidade dos cuidados prestados e segurança. 82% dos autores constantes na revisão da literatura enumeram a comunicação como um aspecto fundamental na gestão de equipas de saúde, sendo a base do seu funcionamento e melhor prestação. Hughes e Terrell (2008) chegam mesmo a afirmar que *a comunicação é o sangue vital do trabalho de equipa*.

Em seguida, 54% dos autores afirmam que o conhecimento e a oportunidade de formação e desenvolvimento pessoal e profissional são factores considerados importantes e fundamentais pelos profissionais de saúde no desenvolvimento das suas carreiras profissionais, com reflexo na sua prestação. Stout et al (1999), citado por Lyndon (2006), afirma que equipas eficazes são dotadas de conhecimentos e competências que as envolvem na planificação de actividades. São ainda dotadas de competências que permitem um desenvolvimento de modelos mentais compartilhados da situação e necessidades, cuja correlação com uma comunicação mais eficiente é fundamental em condições de elevada carga de trabalho.

Metade dos autores reconhecem na liderança, uma componente importante na prestação dos cuidados de saúde. Equipas cuja liderança seja ressonante e inteligentemente emocional, detém de prestações exemplares e de encontro com os padrões de qualidade a que, qualquer organização de saúde, se propõe atingir. Tal como afirma Goleman (2002), *é sob a orientação de um líder emocionalmente inteligente que as pessoas se sentem mutuamente apoiadas. Partilham ideias, aprendem umas com as outras, tomam decisões em clima de colaboração, fazem as coisas avançar. Constroem elos emocionais que as ajudam a permanecer centradas no que é importante, mesmo que o ambiente seja de mudança e de incerteza*.

45% dos autores defendem, de igual modo, que o trabalho de equipa (*briefing, debriefing e feedback*) e a cultura de segurança e de aprendizagem são determinantes numa prestação de cuidados orientada pelos melhores padrões de qualidade com objectivo final na segurança do doente. Organizações que aprendem, não só pelo erro, mas também pela partilha de informação e de experiências, são uma organização mais rica e diversificada. Não só de experiências profissionais mas também de experiências humanas e competências relacionais. A promoção de uma cultura de aprendizagem e de segurança em detrimento de uma cultura de culpabilização e punição, traduz nos profissionais sentimentos de segurança na

sua prestação, assim como sentimentos de confiança e abertura face a situações de erro, incerteza ou insatisfação. As organizações actuais têm de ser organizações que aprendem, pois para que estas tenham sucesso e consigam sobreviver no contexto presente, têm de comunicar com o meio onde estão inseridas, assim como, com as pessoas que delas dependem e vice-versa (Franco e Ferreira, 2007). Da cultura organizacional espera-se a possibilidade de uma formação contínua, com incentivos aos membros e liberdade de tentativa e erro, sem que haja uma cultura de punição. Espera-se que seja uma cultura sem limites, em que os membros desejem a aprendizagem e a partilha de conhecimentos e informações.

40% dos autores referem o aumento da carga de trabalho (físico e mental) como um factor importante de ser considerado. Um dos vários factores identificados por Vicent (2000, cit. por Fragata e Martins, 2008) como indutores de erros na prática clínica é precisamente o excesso de trabalho, sendo um factor da envolvente do próprio trabalho e não específico do profissional. É sabido que as equipas de saúde trabalham, actualmente, com rácios profissional-doente abaixo do ideal. As contratações de profissionais não se verificam e o aumento de doentes aumenta. Este aumento é traduzido no aumento de trabalho, no aumento de turnos, no aumento de horas de trabalho, com impacto directo na resistência física e mental do profissional.

O ambiente físico envolvente: distrações, stress, luminosidade, parâmetros de organização, surge referenciado por 8 autores (36%) como factor condicionante do desempenho dos profissionais. Associada à escassez de recursos humanos, com necessidade de resposta igual ou cada vez maior às exigências e expectativas da população; estão, muitas vezes, as péssimas condições de trabalho, com falta ou ineficiência de recursos materiais e tecnológicos, sendo obrigatório aliar a criatividade ao desenrasque e persuasão por um bem maior: a vida do utente. Embora os profissionais não possam actuar directamente sobre esta condicionante, parte de cada um e das equipas administrativas, identificarem quais as melhores formas de actuação, optimizando os recursos disponíveis e avaliar as necessidades futuras.

Por fim, 7 dos 22 autores (32%) referem as exigências físicas (cansaço físico, exigências superiores às capacidades) como factor a considerar nesta problemática. Podendo ser confundido com o factor excesso de trabalho, este ponto refere-se às competências pessoais e profissionais de cada elemento. Ou seja, refere-se às *technical skills* e às *non-technical skills* de cada profissional. As limitações de cada um, constituem um factor limitativo de desenvolvimento profissional numa organização. Mais uma vez, o acompanhamento em fase inicial (as chamadas integrações profissionais), a oportunidade formação e treino, são

ferramentas fundamentais numa equipa que se pretende da melhor formação e dotada do melhor conhecimento técnico e prático.

É importante referir ainda, que, os factores humanos identificados ao longo deste projecto de investigação, são aqueles que, se apresentam nas fontes pesquisadas como os mais evidentes e frequentemente observados. Na verdade, o universo que circunda esta problemática é bem mais extenso e complexo do que o apresentado na amostra bibliográfica presentemente estudada. Será importante e ainda mais enriquecedor, atender e investigar os 'pontos cegos' subjacentes a este tema. Ou seja, podem existir outros factores subjacentes ao desempenho dos profissionais de saúde que não são considerados ou podem ainda existir outras perspectivas de explicação para determinados factores, como por exemplo o *stress*, que apesar da evidência se apresentar como factor negativo, podem existir situações em que este factor actua como promotor de desempenho, acabando por exercer um efeito positivo no profissional.

Estudos deste cariz não devem ser estanques à literatura e redutores de investigação. Devem ter na sua base conhecimentos teóricos científicos e buscar na evidência actual conceitos e orientações, mas a sua concepção deve ser inovadora e exploradora.

V - CONCLUSÕES

Ao longo da realização deste projecto de investigação e após a sua concretização foi possível chegar a algumas conclusões, sustentadas pela evidência teórica existente, e que poderão, de alguma forma, permitir algumas reflexões acerca desta problemática tão pertinente.

Após a revisão da literatura, com fontes de diversas realidades internacionais (europeias, americanas e australianas), conclui-se que, os factores humanos são, de facto, fundamentais e preponderantes, na promoção de uma cultura de segurança numa organização prestadora de cuidados de saúde.

Com base na revisão da literatura realizada, conclui-se que são oito, os factores que, actualmente, mais se relacionam com o desempenho dos profissionais de saúde: comunicação e partilha de informação; conhecimento, formação e desenvolvimento pessoal e profissional; liderança; trabalho de equipa: *briefing, debriefing, feedback*; cultura de segurança e de aprendizagem; aumento da carga de trabalho (físico e mental); ambiente físico envolvente: distrações, *stress*, luminosidade, parâmetros de organização e exigências físicas: cansaço físico, bem como as exigências superiores às capacidades. São estes factores, tão evidentes no actual panorama da prestação de cuidados, que influenciam a motivação e, posteriormente, o desempenho dos profissionais de saúde.

Com análise da bibliografia pesquisada, é verificada uma profunda relação entre factores humanos e a qualidade dos cuidados prestados e, mais especificamente, a segurança do doente. A redução de horas de trabalho, a comunicação inter-disciplinar, a oportunidade de formação e aprendizagem, o reporte de erro e uma liderança ressonante poderão ser algumas soluções para que se fomentem organizações emocionalmente inteligentes, que aprendam e desenvolvam culturas de comunicação, espírito de equipa e valorização de cada um dos seus elementos constituintes, atendendo e considerando todas as características que os determinam, sejam elas técnicas, cognitivas ou emocionais.

A inteligência emocional surge, assim, associada à liderança, como caminho para uma orientação eficaz numa organização, com fim na excelência dos cuidados prestados e no maior sucesso a atingir.

Numa época em que a expressão contenção de custos é o mote do dia-a-dia, é necessária a identificação de estratégias que fomentem liderança com ressonância, motivação dos profissionais e qualidade dos cuidados prestados a baixos custos, mas com grandes ganhos em saúde e bem-estar.

Atendendo aos factores mencionados neste projecto de investigação e tendo em conta as diversas constatações presentes na revisão da literatura, é esperado que seja possível iniciar-se uma actuação face à promoção dos melhores comportamentos e melhores desempenhos.

Falando de valores e indicadores, que é o que neste momento mais interessa às administrações das organizações de saúde, e referindo os resultados obtidos com os doentes, nomeadamente a mortalidade e a morbilidade, é possível concluir que existe uma evidência crescente que estes valores se relacionam fortemente com o modo como é coordenado o trabalho dos profissionais, implicados na prestação directa de cuidados a esses doentes (Fragata e Martins, 2008).

Através da realização deste trabalho de projecto, conclui-se que a área dos recursos intangíveis da gestão, apresenta um lado tanto preponderante, no percurso do sucesso, quanto misterioso. É reconhecido o seu valor e a sua importância, no entanto existe ainda muito a fazer no sentido de um desenvolvimento pleno destes valores. Tal como Mintzberg (2005) refere no seu livro, em algumas escolas têm sido feitos esforços importantes para ensinar algumas destas competências. E apesar destas competências intangíveis serem, de facto, potencialmente ensináveis, são ainda de difícil ‘encaixe’ nos planos de estudo. Ao contrários dos bens tangíveis, de capital físico, os bens intangíveis, de capital humano e/ou organizacional, têm de ser desenvolvidos e tornados dissociáveis das organizações. Desta forma, e dando continuidade ao objectivo iniciado com este projecto de investigação, é recomendada que a investigação nesta área seja continuada, assim como desenvolvida e promovida no âmbito da gestão das organizações.

Os valores intangíveis são, de facto, importantes na gestão, em geral, e na área da saúde em particular, dada a sua natureza “sensível”, sob o ponto de vista humano, e complexa, sob o ponto de vista organizacional e de funcional.

O equilíbrio e a harmonia entre as duas componentes, tangíveis e intangíveis, poderão ser a chave do sucesso.

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, P. – Custos e qualidade. [Em linha]. In ENCONTRO : QUALIDADE EM CUIDADOS DE SAÚDE : AVALIAÇÃO E MELHORIA, Encontro Anual da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 26 e 27 de Novembro, 1998 – Actas. Lisboa : Auditório da Feira Internacional de Lisboa, 1998. [Consult. a 20 de Abril de 2010]. Disponível em <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/rsllvt.pdf>.

BIAGGI, P.; PETER, S.; ULICH, E. - Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents : what can be done? [Em linha]. *Swiss Medical Weekly*. 133 (2003) 339-346. [Consult. a 13 de Novembro de 2009]. Disponível em <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2003/23/smw-10134.PDF>.

BISCAIA, A. - A reforma do pensamento em saúde. [Em linha]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 (2006) 63-64. [Consult. a 18 de Janeiro de 2010]. Disponível em <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070529101829375635.pdf>.

CARTHEY, J.; CLARKE, J. - The guide for implementing human factors in healthcare. [Em linha]. London : Clinical Human Factors Group, 2009a). [Consult. a 18 de Janeiro de 2010]. Disponível em http://www.chfg.org/resources/10_qrt01/Human_Factors_How_to_Guide_2009.pdf.

CARTHEY, J.; CLARKE, J. - Making the safety of patients everyone's highest priority. [Em linha]. London : Clinical Human Factors Group 2009b). [Consult. a 13 de Novembro de 2009]. Disponível em http://www.chfg.org/resources/10_qrt01/Human_Factors_How_to_Guide_2009.pdf.

DAVIS, R. et al. - Patient involvement in patient safety : what factors influence patient participation and engagement? [Em linha]. *Health Expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*. 10 : 3 (2007) 259-267. [Consult. a 20 de Janeiro de 2010]. Disponível em <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/117991766/PDFSTART>.

DESPINS, L. - Patient safety and collaboration of the intensive care unit team. [Em linha]. *Critical Care Nurse*. 29 : 2 (2009) 85-92. [Consult. a 2 de Fevereiro de 2010]. Disponível em <http://ccn.aacnjournals.org/cgi/reprint/29/2/85.pdf>.

FERRÃO, A.; BISCAIA, A. - Centro de saúde : organização de aprendizagem. [Em linha]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 (2006) 91-95. [Consult. a 15 de Abril de 2010]. Disponível em <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/2007052910225315562.pdf>.

FLIN, R. et al. - Human factors in patient safety : review of topics and tools. [Em linha] Geneva : World Health Organization, 2009. [Consult. a 3 de Fevereiro de 2010]. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf.

FLIN, R. et al. - Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. [Em linha]. *The Royall Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*. 4 : 3 (2006) 145-151. [Consult. 10 de Fevereiro de 2010]. Disponível em <http://www.abdn.ac.uk/~psy296/dept/Attitudes%20to%20Teamwork%20June%20Surgeon.pdf>.

FORTIN, M. - O processo de investigação : da concepção à realização. Loures : Lusociência, 1999.

FRAGATA, J.; MARTINS, L. - O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra : Edições Almedina, 2008.

FRANCO, M.; FERREIRA, T. - Um estudo de caso sobre as organizações que aprendem. [Em linha]. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. 13 : 2 (2007) 169-189. [Consult. a 3 de Março de 2010]. Disponível em <http://pssc.wdfiles.com/local--files/organizacao-que-aprende/v13n2a03.pdf>.

GALVÃO, C.; SAWADA, N. TREVIZAN, M.; – Revisão sistemática : recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. [Em linha]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13 : 2 (2004) 549-556. [Consult. a 28 de Junho de 2010]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; MCKEE, A. - Os novos líderes : a inteligência emocional nas organizações. Lisboa : Gradiva Editora, 2002.

HALLER, G. et al. - Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting. [Em linha]. *International Journal for Quality in Health Care Advance*. 20 : 4 (2008) 254-263. [Consult. a 4 Fevereiro de 2010]. Disponível em <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/4/254>.

HUGHES, M.; TERRELL, J. - A inteligência emocional de uma equipa : compreendendo e desenvolvendo os comportamentos de sucesso. Lisboa : Edição SmartBook, 2008.

IEDEMA, R.; JORM, C.; LUM, M. - Affect is central to patient safety : the horror stories of young anaesthetists. [Em linha]. *Social Science & Medicine*. 69 : 12 (2009) 1750-1756. [Consult. a 12 de Abril de 2010]. Disponível em

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-4XH4SCV-6&_user=10&_coverDate=12%2F31%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1390049932&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=0b26969cc942d39d30492748c4852c73.

INOUE, T.; KARIMA, R. - Organizational safety climate differently affects on patient safety behaviour of nurses according to the hospital scale in Japanese private hospitals. [Em linha]. In INTERNATIONAL CONFERENCE OF HEALTHCARE SYSTEMS, ERGONOMICS AND PATIENT SAFETY, 1, Convention and Conference Centre of Strasbourg, 25-27 of June of 2008 - Proceedings. Strasbourg : International Ergonomics Association, 2008. [Consult. a 20 de Abril de 2010]. Disponível em <http://www.heps2008.org/abstract/data/pdf/INOUE.pdf>.

KÜNZLE, B.; KOLBE, M.; GUDELA, G. - Ensuring patient safety through effective leadership behaviour : a literature review. [Em linha]. *Safety Science*. 48 : 1 (2010) 1-17. [Consult. a 3 de Abril de 2010]. Disponível em

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VF9-4WY5BGV-1&_user=10&_coverDate=01%2F31%2F2010&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1389708796&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=5e691bec1eb61fd4d29515b83ba2f09f.

LAVIN, M.; MEYER, G.; ELLIS, P. - A dialogue on the future of nursing practice. [Em linha]. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 18 : 3 (2007) 74-83. [Consult. 17 de Dezembro de 2009]. Disponível em <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118516908/PDFSTART>.

LINO, T. – Liderança emocional. [Em linha]. Lisboa : Universidade Autónoma de Lisboa (2006). [Consult. a 15 de Julho de 2010]. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0055.pdf>.

LYNDON, A. - Communication and teamwork in patient care : how much can we learn from aviation? [Em linha]. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 35 : 4 (2006) 538-546. [Consult. 29 de Novembro de 2009]. Disponível em <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118588398/PDFSTART>.

MINTZBERG, H. – Gestores : não MBA's. Lisboa : Publicações Dom Quixote, 2005.

OLIVEIRA, J. - A vivência da dimensão espiritual no cuidar transpessoal da pessoa em situação de doença crónica : contribuição para uma revisão sistemática da literatura. [Em linha]. In CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM, 9, Universidade de Lisboa, Outubro de 2006 – Actas. Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2006. [Consult. a 12 de Junho de 2010]. Disponível em <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174297.PDF>.

PEREIRA, J. – Economia da saúde : glossário de termos e conceitos. *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*. Documento de trabalho N.º 1/93 (2004).

PORTUGAL. IE.UL – Hipócrates de cós. [Em linha]. Lisboa : Instituto de Educação. Universidade de Lisboa, 2005. [Consult. a 17 de Julho 2010]. Disponível em <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/hfe/protagoras/links/hipocrates.htm>.

PORTUGAL. MS. DGS - Governação dos hospitais. [Em linha]. Lisboa : Direcção Geral de Saúde. Ministério da Saúde, 2009. [Consult. a 19 de Dezembro de 2009]. Disponível em http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20CI%C3%ADnica%20dos_hospitais_-_Conclus%C3%B5es_finais_20_07_09_.pdf.

RAMALHO, A. - Redacção de estudos e projectos de revisão sistemática : com e sem metanálise. Coimbra : Editora Formasau, 2005.

RAMOS, F. - A gestão hospitalar : uma oportunidade de traçar novos caminhos. [Em linha]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 20 : 2 (2002) 3-4. [Consult. a 15 de Dezembro de 2010]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-00-2002.pdf>.

REASON, J. - Human error : models and management. [Em linha]. *British Medical Journal*. 320 (2000) 768-770. [Consult. a 12 de Janeiro de 2010]. Disponível em http://www.patientsikkerhed.dk/fileadmin/user_upload/documents/Publikationer/Udenlandske/HumanErrorModelsAndManagement.pdf.

REIS, V. - Gestão em saúde. [Em linha]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 22 : 1 (2004) 7-17. [Consult. a 3 de Dezembro de 2009]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-01-2004.pdf>.

SANTOS, L. – Análise e tratamento da informação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 24 (2008) 708-716.

SCHWAPPACH, D.; BOLUARTE, T. - The emotional impact of medical error involvement on physicians : a call for leadership and organizational accountability. [Em linha]. *Swiss Medical Weekly*. 139 : 3 (2008) 9-15. [Consult. a 20 de Janeiro de 2010]. Disponível em <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/aop/smw-aop12417.pdf>.

SOUSA, P. - Patient safety : a necessidade de uma estratégia nacional. [Em linha]. *Acta Médica Portuguesa*. 19 (2006) 309-318. [Consult. a 18 de Outubro de 2009]. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/309-318.pdf>.

TEASDALE, G. - Quality in healthcare and the quest for improvement. *Scottish Medical Journal*. 53 : 2 (2008) 3-6.

TORGERSEN, K. - Communication to facilitate care of the obstetric surgical patient in a postanesthesia care setting. [Em linha]. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 20 : 3 (2005) 177-84. [Consult. a 24 de Janeiro de 2010]. Disponível em http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6WKS-4G9GDB9-9-1&_cdi=6914&_user=3425963&_pii=S1089947205000778&_orig=search&_coverDate=06%2F30%2F2005&_sk=999799996&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkzk&md5=1f0fa8f62781a19929e5cc74ad931f5f&ie=/sdarticle.pdf.

UK. CHFG – The guide for implementing human factors in healthcare. [Em linha]. London : Clinical Human Factors Group, 2009. [Consult. a 13 de Novembro de 2009]. Disponível em http://www.chfg.org/resources/10_qrt01/Human_Factors_How_to_Guide_2009.pdf.

UK. HSE - Introduction to human factors. [Em linha]. London : Health and Safety Executive, 1999a). [Consult. a 21 de Abril de 2010]. Disponível em <http://www.hse.gov.uk/humanfactors/introduction.htm>.

UK. HSE - Reducing error and influencing behaviour. [Em linha]. London : Health and Safety Executive, 1999b). [Consult. a 21 de Abril de 2010]. Disponível em <http://books.hse.gov.uk/hse/public/saleproduct.jsf?catalogueCode=9780717624522>.

UK. NPSA – Patient safety and incident reporting : definition. [Em linha]. Scotland : National Patient Safety Agency, 2003. [Consult. a 21 de Abril de 2010]. Disponível em <http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/section5/definition.asp>.

WARING, J. - Constructing and re-constructing narratives of patient safety. [Em linha]. *Social Science and Medicine*. 69 : 12 (2009) 1722-1731. [Consult. a 29 de Abril de 2010]. Disponível em http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VBF-4XKF9BR-2-1&_cdi=5925&_user=3425963&_pii=S027795360900656X&_orig=search&_coverDate=12%2F31%2F2009&_sk=999309987&view=c&wchp=dGLbVzb-zSkWb&md5=ce3f10635ed1178fc66a57ef22f5dca9&ie=/sdarticle.pdf.

WEST E. - Organizational sources of safety and danger : sociological contributions to the study of adverse events. [Em linha]. *Quality and Safety in Healthcare*. 9 : 2 (2000) 120-126. [Consult. 29 de Abril de 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743522/pdf/v009p00120.pdf>.

WILSON, B.; CLEVELAND, B. – Family : centered care : keeping an eye on patient safety using human factors engineering (HFE) : a family affair for the hospitalized child. [Em linha]. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 15 : 1 (2010) 84-87. [Consult. a 29 de Abril de 2010]. Disponível em <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/123228607/PDFSTART>.

WOODS, M. - Why is patient safety so hard? : a selective review of ethnographic studies. [Em linha]. *Journal of Health Services Research and Policy*. 15 : 1 (2010) 11-16. [Consult. a 24 de Abril de 2010]. Disponível em http://jhsrp.rsmjournals.com/cgi/reprint/15/suppl_1/11.

YOKOTA, E. - Planejamento e gestão da comunicação para valoração do intangível nas micro e pequenas empresas brasileira. [Em linha]. In CONGRESSO BRASILEIRO CIENTÍFICO DE COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL E RELAÇÕES PÚBLICAS, 4, São Paulo, 28-30 de Abril de 2009 - Actas. São Paulo : Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, 2009. [Consult. a 2 de Maio de 2010]. Disponível em http://www.abrapcorp.org.br/anais2009/pdf/GT1_Edna.pdf.

ANEXO 1.

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR TRABALHO DE PROJECTO

(ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA)

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DE UNIDADE CURRICULAR

Ano Lectivo de 2008 / 2010

1.	Designação
-----------	-------------------

- | | | |
|----------|----------------|-----------------------------|
| → | – Em português | Trabalho de Projecto |
| → | – Em Inglês | Project work |
| → | – Abreviatura | TPJC |

2.	Aplicação
-----------	------------------

	Obrig.	Opc.	Trim.
– Mestrado Saúde Pública	X		4/5
– Mestrado Gestão em Saúde	X		4/5
– Curso Especialização Ad. Hospitalar	X		4/5
– Curso Especialização Medicina Trabalho			
– Curso Especialização Saúde Pública			
– Outro			

2.	Responsável Pedagógico
-----------	-------------------------------

- Nome: **variável (nomeado caso-a-caso)**
- Secção/Gr. Disciplinas: variável

3.	Objectivos Educacionais
-----------	--------------------------------

- O trabalho de projecto, original e especificamente desenvolvido com a finalidade de obtenção do grau, incidirá sobre diversos temas da Gestão da Saúde; abrangendo as áreas de especialização de Gestão das Organizações de Saúde e Gestão Clínica

O trabalho de projecto incluirá o aprofundamento dos conhecimentos em áreas temáticas da Saúde Pública, preferencialmente as já referidas, envolvendo sempre uma análise crítica, baseada em reflexões proporcionadas pelo mais completo e actualizado “estado de arte” da área temática em que se insere. Eventualmente poderá incluir propostas fundamentadas de esboços ou mesmo projectos de aprofundamento de conhecimentos nesses domínios.

O trabalho de projecto deverá incluir as seguintes fases:

- Identificação cabal de um problema que careça de resolução ou de uma questão que careça de resposta;
- Revisão bibliográfica criteriosa nesse domínio;
- Formulação de dúvidas/questões e/ou hipóteses ou objectivos de intervenção sobre o problema ou a questão inicial;
- Desenho fundamentado de um processo de investigação ou de intervenção que permita dar resposta às hipóteses ou questões formuladas, ou programação e implementação de um conjunto de actividades que realizem os objectivos da intervenção proposta.

Pretende-se pois que o trabalho proporcione, para além da aquisição de conhecimentos, a capacidade de os “integrar” em realidades concretas que propiciem a vontade de investigar e, portanto, de melhor compreender um “problema” concreto.

São assim objectivos específicos do trabalho de projecto:

- e) Desenvolver conhecimentos que permitam a promoção da capacidade de compreensão na área em estudo;
- f) Fomentar a capacidade de lidar com situações de um razoável nível de complexidade e que justifiquem abordagens de natureza transdisciplinar e possibilitar a reflexão sobre a “integração” das diversas perspectivas disciplinares;
- g) Ser capaz de partilhar, de uma forma adequada, com outros (especialistas ou não especialistas) as conclusões do processo de aquisição de conhecimentos e até, eventualmente, de competências adquiridas;
- h) Adquirir aptidões que habilitem, ao longo da vida, a contribuir para a melhoria da saúde e do sistema de saúde.

4.	Requisitos para frequência
----	-----------------------------------

→ **Conclusão com aproveitamento dos 60 ECTS nos três trimestres iniciais do Curso.**

5.	Programa
----	-----------------

→ Variável de acordo com o tema

6.	Bibliografia
----	---------------------

 (5 Títulos)

→ Não se aplica

7.	Trabalho do aluno
-----------	--------------------------

	<u>Tipo</u>	<u>Horas</u>
– <u>Horas de Contacto com Docente</u>	Aulas Teóricas	-
	Aulas Teórico-práticas	-
	Aulas Práticas Laboratoriais	-
	Trabalho de Campo Orientado	-
	Seminários	
	Orientação Tutorial	30
	Outras	-
– <u>Horas de Trabalho Autónomo</u>	Estágio	-
	Projectos e Trabalhos	600
	Estudo	588
	Avaliação	2
Total de Horas		1220
Créditos Calculados (Hr/28)		40
Créditos (ECTS) Definidos		40

8.	Métodos de ensino
-----------	--------------------------

- O processo de ensino-aprendizagem será realizado sob a tutela de um orientador designado, privilegiará no seu desenvolvimento, para além da base tutorial, a promoção de situações de aprendizagem diversificadas (debates, apresentações de temas pelos alunos em grupos de discentes e em seminários, reflexões em grupos pluridisciplinares) ao longo do trabalho de projecto.

9.	Métodos de avaliação
-----------	-----------------------------

- O trabalho de projecto e respectivo texto são sujeitos a provas públicas de apreciação e discussão por júri nomeado pelo Director do Curso, ouvido o Conselho de Mestrado e respeitando as orientações definidas pelo Conselho Científico.